

## Diagnose, Evaluation und individuelles Programm zur Entwicklung der Fähigkeitspotentiale von Menschen mit geistiger Behinderung

Müller-Erichsen, Maren (Ed.)

Veröffentlichungsversion / Published Version

Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Müller-Erichsen, M. (Hrsg.). (2006). *Diagnose, Evaluation und individuelles Programm zur Entwicklung der Fähigkeitspotentiale von Menschen mit geistiger Behinderung* (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, F359). Pohlheim: Deutsch-Israelischer Verein für Rehabilitation und soziale Eingliederung für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, Giessen e.V. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-265330>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

# **DEUTSCH-ISRAELISCHER VEREIN**

**FÜR REHABILITATION UND SOZIALE EINGLIEDERUNG FÜR BEHINDERTE  
UND VON BEHINDERUNG BEDROHTE MENSCHEN, GIESSEN E.V.**

**Grüninger Weg 29 – 35415 Pohlheim-Garbenteich**



**Maren Müller-Erichsen (Herausgeberin), Dr. Haya Aminadaw,  
Thomas Bauer, Regina Eccher, Kathrin Gattermann,  
Dr. Isack Kandel, Dr. Monika Lang, Prof. Dr. Gerhard Neuhäuser,  
Dr. Bettina Nickel, Andrea Pahlich, Andrea Wächtershäuser**

**Diagnose, Evaluation und Individuelles  
Programm zur Entwicklung der  
Fähigkeitspotenziale von Menschen mit  
geistiger Behinderung**



## Inhalt

<b>1</b>	<b>Vorwort – Dr. I. Kandel, M. Müller-Erichsen .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung – Dr. I. Kandel, M. Müller-Erichsen .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Die Interdisziplinäre Diagnostik und das Individuelle Programm in Israel (Übersetzung) – Dr. H. Aminadaw, Dr. I. Kandel .....</b>	<b>10</b>
3.1	Definition der Lebensbereiche .....	11
3.2	Arbeitsverfahren .....	12
3.3	Methodische Datenerfassung über die Funktionsfähigkeit des Menschen. 12	
3.3.1	Datenerfassungsmethode .....	13
3.3.2	Zielvereinbarung .....	13
3.3.3	Zusammensetzung der Teilnehmer im Beschlussfassungsverfahren.. 14	
3.3.4	Beschlussfassungsverfahren .....	15
3.3.5	Planaufbau .....	17
3.3.6	Umsetzung und Kontrolle .....	20
3.4	Zusammenfassung .....	20
3.5	Literatur .....	21
<b>4</b>	<b>Projektaufbau – K. Gattermann, M. Müller-Erichsen .....</b>	<b>22</b>
4.1	Projektdaten .....	22
<b>5</b>	<b>Systematische Erhebung von Daten - Interdisziplinäre Diagnostik und Empfehlungen – R. Eccher, Dr. M. Lang, Prof. Dr. G. Neuhäuser, A. Pahlich ...</b>	<b>29</b>
5.1	Interdisziplinäre Diagnostik – Einführung - Israelisches Modell und deutsche Variation – .....	29
5.1.1	Diagnostisches Vorgehen und relevante Methoden .....	31
5.1.2	Abschluss der Diagnostischen Phase .....	39
5.2	Aufbau der Diagnostischen Phase und praktische Durchführung im Projekt .....	40
5.2.1	Pädagogisch / Soziale Diagnostik .....	48
5.2.2	Medizinische Diagnostik .....	70
5.2.3	Psychologische Diagnostik .....	80
5.2.4	Interdisziplinäres Team-Gespräch .....	106
5.2.5	Diagnostik-Abschlussgespräch .....	115
5.3	Resümee der Diagnostischen Phase .....	124
5.4	Literatur .....	127
<b>6</b>	<b>Individuelles Programm (IP) – T. Bauer, K. Gattermann, A. Pahlich .....</b>	<b>129</b>
6.1	Organisation .....	130
6.1.1	Ablauf .....	131
6.1.2	Dokumentation der Stunden .....	132
6.1.3	Abschluss der Individuellen Programme .....	133
6.2	Themenbereiche der Programme .....	134
6.2.1	Lebensbereich 1: Kommunikation .....	135
6.2.2	Lebensbereich 2: Selbstfürsorge .....	139

6.2.3	Lebensbereich 3: Tägliches Leben.....	140
6.2.4	Lebensbereich 4: Soziale Kompetenz .....	142
6.2.5	Lebensbereich 5: Selbstbestimmung.....	143
6.2.6	Lebensbereich 6: Gesundheit und Sicherheit .....	148
6.2.7	Lebensbereich 7: Lernen .....	149
6.2.8	Lebensbereich 8: Freizeit .....	150
6.2.9	Lebensbereich 9: Teilnahme am öffentlichen Leben .....	152
6.2.10	Lebensbereich 10: Arbeit und Beschäftigung .....	155
6.3	Exkurs: Falldarstellung Frau Kaiser (Teilnehmer-Nummer 31) .....	155
6.4	IP-BegleiterInnen.....	158
6.4.1	Supervision der IP-BegleiterInnen .....	158
6.4.2	Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den IP-BegleiterInnen.....	162
6.5	Evaluationsgespräche und Projektabschlussgespräch .....	163
6.6	Erfahrungen bei der Umsetzung der Individuellen Programme.....	170
6.7	Schlussfolgerungen.....	174
6.8	Literatur .....	175
<b>7</b>	<b>Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung – Dr. B. Nickel,</b>	
	<b>A. Wächtershäuser.....</b>	<b>176</b>
7.1	Einführung.....	176
7.2	Zielgruppen und methodisches Vorgehen.....	177
7.3	Chronologischer Ablauf der Untersuchungen.....	178
7.4	Teilnehmerbefragung 2005 .....	179
7.4.1	Ergebnisse der Teilnehmerbefragung 2005 .....	180
7.4.2	Zusammenfassung der Ergebnisse (Teilnehmerbefragung).....	184
7.5	Befragung von Eltern und Einrichtungen (Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe) in den Jahren 2004 und 2005 .....	185
7.5.1	Ergebnisse der Befragungen von Eltern und Einrichtungen .....	186
7.5.2	Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Befragungen von Eltern und Einrichtungen.....	215
7.6	Acht Fallstudien - „Blumenmodell“.....	217
7.6.1	Ergebnisse der Fallstudien .....	219
7.6.2	Zusammenfassung der Fallstudien.....	243
7.7	Resümee der wissenschaftlichen Begleitung .....	245
7.8	Literatur .....	249
<b>8</b>	<b>Resümee – M. Müller-Erichsen.....</b>	<b>250</b>
8.1	Ergebnisse der systematischen Erhebung von Daten.....	251
8.1.1	Pädagogisch / Soziale Diagnostik .....	251
8.1.2	Medizinische Diagnose.....	252
8.1.3	Psychologische Diagnostik.....	253
8.2	Die Auswertung der Daten .....	254
8.3	Das Individuelle Programm .....	255
8.4	Evaluationsgespräche .....	257

8.5	Ergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung.....	257
8.6	Schlussbemerkung.....	258
<b>9</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>261</b>
<b>10</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>263</b>
<b>11</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>264</b>



## 1 Vorwort

Das Modellvorhaben zur Diagnose, Evaluation und Individuelles Programm zur Entwicklung der Fähigkeitspotenziale von Menschen mit geistiger Behinderung wurde in den Jahren 2000 / 2001 bei Herrn Minister Riester, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung beantragt und am 10. Oktober 2002 für drei Jahre, d.h. bis zum 30. September 2005, bewilligt.

Begleitet wurde das Modellvorhaben von Herrn Ministerialdirigent Dr. H. Haines im Referat Va 3. In der Zeit der Durchführung war das Referat im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung angesiedelt. Jetzt legen wir den Abschlussbericht wieder dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vor. Wir bedanken uns an dieser Stelle bei Herrn Dr. Haines und seinen MitarbeiterInnen für die Begleitung, das Interesse an dieser Untersuchung und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung für die finanzielle Unterstützung, das uns die Möglichkeit gab, das Vorhaben in aller Breite und Intensität durchzuführen.

Wir bedanken uns an dieser Stelle sehr herzlich bei Frau Dr. Haya Aminadaw, leitende Psychologin des israelischen Sozialministeriums und ihrer Kollegin Frau Dr. Ruth Raif - unter deren Leitung das israelische Projekt durchgeführt wird -, die das Modellvorhaben vor Ort begleitet und supervidiert haben, die aber auch Gastgeberinnen unserer MitarbeiterInnen in Israel waren.

Unser Dank gilt der Steuerungsgruppe und den MitarbeiterInnen die das Modellprojekt mit viel Engagement durchgeführt haben.

Wir bedanken uns bei den LeiterInnen und MitarbeiterInnen der Einrichtungen der verschiedenen Institutionen, die sich an den Untersuchungen beteiligt haben und sich die Zeit genommen haben, an den verschiedenen Gesprächen teilzunehmen.

Nicht zuletzt bedanken wir uns bei den Menschen mit Behinderung und deren Eltern bzw. Gesetzlichen BetreuerInnen, die sich darauf eingelassen haben an dem Projekt teilzunehmen, die neugierig waren, die den Mut hatten, etwas Neues kennen zu lernen und die heute bedauern, dass das Projekt beendet ist.

Unser herzlicher Dank gilt allen, die an der Herstellung des Berichtes beteiligt waren.

*M. Müller-Erichsen*  
*Vorsitzende*  
*Herausgeberin*

*Dr. I. Kandel*  
*Generaldirektor*  
*Federführend*



## 2 Einleitung

*M. Müller-Erichsen / Dr. I. Kandel*

In dem vorliegenden Abschlussbericht werden die Ergebnisse des Modellvorhabens

### **Diagnose, Evaluation und Individuelles Programm zur Entwicklung der Fähigkeitspotenziale von Menschen mit geistiger Behinderung**

dargestellt.

Durchgeführt wurde das Modellvorhaben von Oktober 2002 bis September 2005. Hintergrund der vorliegenden Untersuchung ist das in Israel praktizierte Interdisziplinäre Diagnoseverfahren und das daraus resultierende Ausmaß der Unterstützung und Förderung (Individuelle Programm) in den verschiedenen Lebensbereichen von Menschen mit geistiger Behinderung. Dieses Verfahren ist in Israel seit 1969 gesetzlich verankert, d. h. für jeden Menschen mit geistiger Behinderung verpflichtend, wenn er denn eine finanzielle Unterstützung (Eingliederungshilfe) beantragt (siehe Kapitel 3).

Nachdem die Vorsitzende des Deutsch-Israelischen Vereins für Rehabilitation und Antragsstellerin das israelische System der Eingliederungshilfe bzw. der Rehabilitation von Menschen mit geistiger Behinderung Anfang der Neunziger Jahre kennen gelernt hat, war sie als Vertreterin der Lebenshilfe (Vorsitzende der Lebenshilfe Gießen, stellvertretende Bundesvorsitzende der Lebenshilfe) und auch als betroffene Mutter davon überzeugt, dass es Sinn macht, das israelische System in Deutschland auszuprobieren bzw. mit dem deutschen System zu vergleichen.

Unterstützt wurde sie dabei von Herrn Dr. Kandel, Generaldirektor des Deutsch-Israelischen Vereins für Rehabilitation und bis 1992 Generaldirektor des israelischen Sozialministeriums. Dieser war maßgeblich an der Entwicklung des Konzeptes der Individuellen Diagnose und der Individuellen Programme (Teilschritte des Gesamtplans/Masterplans) und der gesetzlichen Verankerung in Israel beteiligt. In dem Modellprojekt hat Herr Dr. Kandel die Federführung für den Ablauf des Projektes übernommen.

Zielsetzung des Modellvorhabens war es, die traditionellen Angebotsstrukturen der deutschen Behindertenhilfe für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in den Einrichtungen und Diensten im Sinne der Teilhabe und Selbstbestimmung gemäß SGB IX mit dem System der Rehabilitationsmaßnahmen in Israel zu vergleichen bzw. neue Erkenntnisse einer systematischen Kompetenzerweiterung in den von der WHO definierten 10 Lebensbereichen zu gewinnen.

„Wir glauben an die dynamische Entwicklung eines Menschen mit geistiger Behinderung“, so haben wir es im Antrag formuliert und genau diese Erkenntnis wurde im Verlauf des Modellvorhabens bestätigt. Im Antrag sind wir von 100 TeilnehmerInnen mit geistiger Behinderung in diesem Modellvorhaben ausgegangen. Es haben sich tatsächlich 104 potenzielle TeilnehmerInnen gemeldet, letztendlich haben aber nur 63 TeilnehmerInnen das komplette Programm durchlaufen.

Gemäß Bewilligung des Modellvorhabens vom 10. Oktober 2002 sind folgende Stadien in diesem Bericht dargestellt:

- 1 Systematische Erhebung von Daten und interdisziplinäre Diagnostik, siehe Kapitel 5.1 – 5.2.3.1
- 2 Auswertung der Daten, siehe Kapitel 5.2.4 – 5.3
- 3 + 4 Erstellung eines Individuellen Programms und Durchführung eines Individuellen Programms, siehe Kapitel 6.1 – 6.4.2
- 5 Evaluation und Nachsorge, Kapitel 6.5 – 6.7 und Kapitel 7

Die Ergebnisse der Evaluation und Nachsorge zeigen insbesondere die Wichtigkeit dieser Intervention auf. In Israel ist es im Gesetz verankert, dass die Evaluation nach drei bzw. fünf Jahren verpflichtend ist, d.h. es wird Wert darauf gelegt, die Entwicklung und den Kompetenzerwerb des Menschen mit Behinderung und deren Fortschreitung zu erfassen, um eventuell weitere Individuelle Programme mit und für den Menschen mit geistiger Behinderung zu konzipieren.

Die wissenschaftliche Begleitung (Kapitel 7) befasst sich mit den Umfragen an die Eltern, Experten und Betroffenen und gibt uns eine Rückmeldung über deren Sichtweisen.

In Kapitel 8 werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

### 3 Die Interdisziplinäre Diagnostik und das Individuelle Programm in Israel (Übersetzung)

*Dr. I. Kandel und Dr. H. Aminadaw*

In Israel ist der **persönliche Förderplan (Individuelles Programm [IP])** gesetzlich verankert. Das Gesetz wurde im Jahr 1969 in der Knesset verabschiedet (siehe Kandel u.a. 2003).

Die zentralen Grundsätze des persönlichen Förderplans ist eine Verbesserung der Lebensqualität, die Herbeiführung von größerer Selbständigkeit sowie die Möglichkeit, ein so normal wie mögliches Leben zu führen.

Der persönliche Förderplan ist das umfassende System für die Gesamtheit der Pläne zur Hilfe für geistig behinderte Menschen, mit dem Ziel, ihre Fähigkeiten optimal zu entwickeln, und zwar mit Hilfe der Entwicklung von Fertigkeiten und Fähigkeiten. Der Plan umfasst sämtliche Lebensbereiche unter Hinzuziehung des Individuums, dessen Familie und dessen verschiedene Lebensrahmen.

**Bei der Vorbereitung des persönlichen Förderungsplans halten wir gewisse zentrale Grundsätze für notwendig:**

- Das Recht des geistig behinderten Menschen auf einen persönlichen Förderplan.
- Der Plan ist für jeden der Begleiter des geistig behinderten Menschen handlungsanweisend: **in jedem Alter**, in jedem Funktionsfähigkeitsniveau.
- Der persönliche Förderplan begleitet den Menschen sein Leben lang: zuhause, im Erziehungs-, Beschäftigungs-, Wohnungs- und Freizeitrahmen sowie beim Übergang von einem Lebensabschnitt zum anderen.
- Die Grundlage des persönlichen Förderplans ist das Ergebnis der Datensammlung (Interdisziplinäre Diagnostik) durch ein multidisziplinäres Team.
- Der persönliche Förderplan ist Ergebnis des Rahmenprogramms, welches sämtliche Lebensbereiche umfasst.
- Der persönliche Förderplan stellt die Funktionsfähigkeit in den Mittelpunkt bei besonderer Betonung der Fähigkeiten und des verborgenen Potenzials, wobei auf die Bedürfnisse des behinderten Menschen Rücksicht genommen wird.

- Die Niederschrift und die Durchführung des persönlichen Förderplanes erfolgen bei maximalem Mitwirken des geistig behinderten Menschen und seiner Familie.
- Der persönliche Förderungsplan ist Ergebnis eines dynamischen und anhaltenden Verfahrens, das sich aus fünf Stadien zusammensetzt:
  1. Methodische Datenerfassung
  2. Einschätzung
  3. Planerstellung
  4. Durchführung
  5. Kontrolle
- Der persönliche Förderungsplan ist ein schriftliches Programm, das sich aus kurz-, mittel- und langfristigen Zielen zusammensetzt.

### **3.1 Definition der Lebensbereiche**

Das zentrale Ziel des persönlichen Förderungsplans ist die Verbesserung der Funktionsfähigkeit des geistig behinderten Menschen in jedem Lebensbereich, wie es sich aus der Definition von geistiger Behinderung des amerikanischen Vereins für geistig Behinderte aus dem Jahre 1992 ergibt. Es gibt zehn zentrale Lebensbereiche, aufgeteilt in fünf Hauptbereiche: Selbständigkeit, Beschäftigung, persönlicher Bereich, Gesellschaft und der kognitive Bereich. Jeder Hauptbereich ist in Unterbereiche aufgeteilt, und diese wiederum in weitere Teilbereiche.

Die in der persönlichen Akte erscheinenden Lebensbereiche sind die folgenden:

1. Eigenhilfe
2. Gesundheit und Sicherheit
3. Fertigkeiten des täglichen Lebens
4. Nutzung der Gemeindedienstleistungen
5. Beschäftigungsfertigkeiten
6. Persönliche Entwicklung
7. Gesellschaftliche Entwicklung
8. Freizeit
9. Kognitive Fähigkeiten
10. Kommunikation

Im Laufe des Lebens des geistig behinderten Menschen werden entsprechend seiner Entwicklung und der Art seines Lebensrahmens unterschiedliche Teile des persönlichen Förderplans betont. Zum Beispiel: persönlicher Erziehungsplan – im Schulalter, wenn sich der behinderte Mensch in einem erzieherischen Rahmen befindet (Schule, Hort). Persönlicher Übergangsplan – beim Übergang von der Schule in ein Beschäftigungsprogramm. Persönlicher Rehabilitations-/ Habilitationsplan – in dem Beschäftigungsprogramm.

### **3.2 Arbeitsverfahren**

Die Erstellung und Umsetzung eines persönlichen Förderplans (PFP) erfordert ein Fachverfahren, das sich aus fünf Arbeitsstadien zusammensetzt, welche auf eine Entwicklungskontinuität aufbauen, jedoch auch autonomen Bestand haben. Die Facharbeit konzentriert sich auf die Förderung des Individuums und umfasst sämtliche Arbeitsstadien, schreitet fort von einem Stadium zum anderen und wiederholt sie kontinuierlich kreisartig. Manchmal muss bei bestimmten Stadien angehalten, zum Vorhergehenden zurückgekehrt werden. Das gesamte Verfahren ist dynamisch und kontinuierlich.

Die zentralen Arbeitsstadien sind die folgenden:

1. Methodische Datenerfassung
2. Einschätzung
3. Aufbau des Rahmenprogramms und des persönlichen Förderungsplans
4. Umsetzung
5. Kontrolle

### **3.3 Methodische Datenerfassung über die Funktionsfähigkeit des Menschen**

Die methodische Datenerfassung von der Auskunft über die Funktionsfähigkeit des Menschen erfolgt mittels der Diagnose über die Funktionsfähigkeit, welche das Anpassungsverhalten des geistig behinderten Menschen prüft. Die Datenerhebung ist für alle Altersgruppen und alle Funktionsniveaus geeignet und kann vom Pflorgeteam und vom Fachteam ausgefüllt werden. In der persönlichen Akte sind alle möglichen Inhalte für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen zu finden, laut

Entwicklungsverlauf mit deutlichen Prüfungs- und Arbeitskriterien. Nach dem Abschluss der Datenerfassung sollen die Datenerhebung und die Befunde als Grundlage für die Vorbereitung der persönlichen Förderung dienen (nachstehend die ausführliche Erklärung).

Die persönliche Akte teilt sich in zehn Bereiche, jeder Bereich steht für einen Lebensbereich. Jeder Teil enthält zwei Fragebogen: ein Funktionsfragebogen und ein zusammenfassendes persönliches Profil. In manchen Bereichen ist ein ausführliches Erklärungsblatt beigelegt. Der Datenerhebung ist auch eine umfassende ärztliche Diagnose beigelegt.

### **3.3.1 Datenerfassungsmethode**

Wir empfehlen eine auf **Erprobung** gegründete Datenerfassung, um glaubwürdige und umfassende Auskunft über die Funktionsfähigkeit des Menschen zu erhalten sowie über seine besonderen Bedürfnisse und das in ihm versteckte Potenzial. Wichtig ist, daran zu denken, den behinderten Menschen auf das Verfahren vorzubereiten, an dem er teilnehmen soll. **Die Ziele und Arbeitsstadien sind ihm in einfacher Sprache zu erklären und auf eine Weise, in der er verstehen und mitarbeiten kann.**

Zusammenfassend, das Datenerfassungsverfahren umfasst verschiedene Lebensbereiche. Das Hauptziel ist die Erkenntnis, dass die Funktionsfähigkeit des geistig behinderten Menschen gefördert werden muss. Dies ist auch der Beginn des **Förderplans, der Selbständigkeit und verbesserte Lebensqualität anstrebt**. Das Verfahren, das Grundlage für die weitere Arbeit bildet, ist äußerst wichtig. Hier muss sichergestellt werden, dass es **fachgerecht** erfolgt, von einer Fachkraft des Lebensrahmens koordiniert wird, dessen Aufgabe die Begleitung des Verfahrens von Anfang bis Ende ist und die Anweisung der mit dem Menschen arbeitenden Teams.

### **3.3.2 Zielvereinbarung**

Das zweite Arbeitsstadium nach Abschluss der Datenerfassung ist das der **Beschlussfassung**, bei dem die von der Fachkraft gesammelten Daten besprochen werden und auf ihrer Grundlage Beschlüsse über das Rahmenprogramm (**Masterplan**) und den persönlichen Förderplan gefasst werden. Eine bei diesem

Stadium bedeutende Richtlinie ist die breite Mitwirkung der leitenden Mitglieder der Fachkräfte an sämtlichen Arbeitsstadien: vom Stadium der Datenerfassung, über das der Beschlussfassung bis zum Durchführungsstadium.

Die Sitzung, bei der über die Förderung des Menschen Beschlüsse gefasst werden, wird „Einschätzungssitzung“ genannt, und es wirken daran alle mit dem geistig behinderten Menschen verbundenen Teammitarbeiter mit.

### ***3.3.3 Zusammensetzung der Teilnehmer im Beschlussfassungsverfahren***

Am Stadium der Beschlussfassung über die Förderung des geistig behinderten Menschen sollen folgende Gruppen mitwirken:

**Betreuungsteam (Gruppenleiter):** Die Mitwirkung der Fachkräfte (Pflegekräfte, Gruppenleiter, Hilfspersonal usw.) am Beschlussfassungsverfahren ist von großer Bedeutung. Ihre Mitwirkung an den Arbeitsstadien hat eine erhöhte Motivierung und ein erhöhtes Berufsimagen zur Folge.

**Leitungs-/Fachteam:** Wichtig ist es, alle Mitglieder des Fach- und Leitungsteams in dieses Verfahren einzubeziehen, insbesondere diejenigen, die mit dem Menschen arbeiten und ihn kennen, einschließlich der Ärzte, der nebenärztlichen Mitarbeiter und der sonstigen Verantwortlichen (wie: Hausmutter/Leiterin, Geschäftsführung, Schichtdienstverantwortlicher usw.).

**Der geistig behinderte Mensch:** Die Mitwirkung des geistig behinderten Menschen am persönlichen Förderplan ist einer der **zentralen Arbeitsgrundsätze**. Bei diesem Stadium kommt die Mitwirkung durch die Teilnahme an der Sitzung zum Ausdruck, an der Beschlüsse über seine Zukunft gefasst werden. Die Teilnahme an der Sitzung ist ein Recht des behinderten Menschen. Vor der Sitzung hat die begleitende Fachkraft die Pflicht, ihn darauf vorzubereiten: ihm auf einfache Weise zu erklären, was zu erwarten ist. Es muss ihm auch dabei geholfen werden, seine Meinung und seine Wünsche auszudrücken. Im Verlauf der Sitzung müssen die Teilnehmer daran denken, dass der geistig behinderte Mensch ein gleichberechtigter Teilnehmer ist. Wichtig ist es, nicht zu vergessen, **mit ihm und nicht über ihn zu sprechen**. Es muss dafür gesorgt werden, dass die Sitzung in einer ihm verständlichen Sprache

erfolgt und ihm die Möglichkeit gegeben wird, seine Meinung und Wünsche, wie er will und kann, auszudrücken.

**Familienmitglieder:** Die Mitwirkung der Familie am Verfahren ist wichtig für die Familie und den behinderten Menschen. Ein Ausdruck dieser Mitwirkung ist die Teilnahme der Familie an der Beschlussfassungssitzung. Jeder Familie muss die Möglichkeit gegeben werden, die ihr an diesem Stadium passende Mitwirkungsart zu wählen, an der Sitzung teilzunehmen, durch passive Mitwirkung (durch Erhalt der Sitzungszusammenfassung auf Wunsch) oder durch aktive Mitwirkung (aktive Mitwirkung am Beschlussfassungsverfahren bei der Sitzung oder Teilnahme an der Durchführung des Plans im Lebensrahmen und/oder zuhause usw.) Der begleitende Sozialarbeiter der Kommune hat die Familie vor der Sitzung vorzubereiten.

**Sozialarbeiter / Vertreter der Einrichtungen:** Die Teilnahme ist verpflichtend, um mit dem Lebensrahmen, der Familie und dem Menschen in Gegenwart und Zukunft Kontakt und Kontinuität zu schaffen. Die Mitwirkung ist auch wichtig vor dem möglichen Übergang von einem Lebensrahmen oder von einer Gemeinschaft in eine andere. Die Teilnahme des Sozialarbeiters stärkt den Kontakt zwischen Lebensrahmen und Ortsverwaltung und ist eine Hilfe und Unterstützung für die Familie.

### **3.3.4 Beschlussfassungsverfahren**

Das Beschlussfassungsverfahren über die Förderung des geistig behinderten Menschen setzt sich aus folgenden Stadien zusammen:

- 1. Unterbreitung der Daten**
- 2. Identifizierung der Erwartungen**
- 3. Identifizierung der Bedürfnisse und Fähigkeiten**
- 4. Mitteleinschätzung**



### **1. Unterbreitung der Daten**

Bei der Sitzung unterbreitet das Diagnoseteam dem behinderten Menschen die erzielten Daten. Die Übersicht umfasst positive Aspekte in Zusammenhang mit der Funktionsfähigkeit / dem Verhalten des Individuums, eine Zusammenfassung und Empfehlungen für seine lang-, mittel- und kurzfristige Förderung. Nach der Datenunterbreitung und die darauf folgende Besprechung werden sämtliche Förderempfehlungen zum Rahmenprogramm (Masterplan) zusammengefasst.

### **2. Identifizierung der Erwartungen**

Jeder Teilnehmer an der Sitzung hat Erwartungen an den behinderten Menschen, die Familie, das Lebensumfeld und die verschiedenen Teammitglieder, welche sich auf das Beschlussfassungsverfahren auswirken. Die Klärung der Erwartungen hilft bei der Klärung möglicher Störungen und macht die Erstellung eines einfach zu verwirklichenden persönlichen Planes mit größeren Erfolgschancen möglich.

### **3. Identifizierung der Bedürfnisse und Fähigkeiten**

Die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Menschen sind uns nicht immer deutlich verständlich. Bei der Datenanalyse und das Verständnis für die (eventuelle) Problematik und die Funktionsfähigkeit des Individuums (Störungen / Einflüsse) kann ein persönliches Profil seiner Bedürfnisse gezeichnet werden, die sein Verhalten und seine Funktionsfähigkeit kanalisieren. Durch das Verständnis seiner Fähigkeiten können das Rahmenprogramm und der persönliche Plan erstellt werden, welche zur Verbesserung der Lebensqualität und der Verwirklichung des vorhandenen Potenzials beitragen.

### **Miteinschätzung**

Die Einschätzung der uns zur Verfügung stehenden Mittel (Zeit-, Personal- und Budgetmittel) ist für den Erfolg des Planes von äußerster Bedeutung; zur Förderung des Individuums müssen Rollen definiert und die Reihenfolge der Abläufe gesichert werden.

### **3.3.5 Planaufbau**

Nach Ausführung der vier Stadien beginnt das Aufbaustadium für das Rahmenprogramm und den persönlichen Plan (IP).

#### **Rahmenprogramm**

##### **Persönlicher Förderungsplan (Masterplan / IP)**

**Erstellung der Masterplans:** Das Rahmenprogramm ist ein Lebensplan, der sich auf die weite Infrastruktur von Förderempfehlungen in jedem Lebensbereich gründet. Das Rahmenprogramm begleitet den geistig behinderten Menschen sein Leben lang. Es gründet sich auf methodische Datenerfassung, Einschätzung der Funktionsfähigkeit der Bedürfnisse und Fähigkeiten und bildet die Grundlage für alle künftigen persönlichen Förderpläne.

Der Masterplan soll alle objektiven und subjektiven Schwierigkeiten sowie die Kompromisse und Zwänge der laufenden Förderung einbeziehen. Bei jeder Sitzung, bei der von der persönlichen Förderung des Individuums die Rede ist, ist auf das Masterprogramm zurückzugreifen. Der Masterplan ist für uns das richtungsgebende und zielsetzende Zeichen für die Förderung und Besserung der Lebensqualität des Menschen.

**Der Masterplan ist die Zielvereinbarung für den geistig behinderten Menschen.**

**Erstellung des persönlichen Förderplans:** Der persönliche Förderplan ergibt sich aus dem Masterplan. Er umfasst **Hauptbereiche** (wie z.B. Eigenhilfe) und **Unterbereiche** (wie z.B. Nahrungsaufnahme, Hygieneverhalten) setzt sich aus lang-, mittel- und kurzfristigen Zielen und Arbeitskriterien zusammen und bezieht sich auf die Arbeitsdurchführung (wie Durchführungsverlauf, -stelle, -zeit und -mittel).

Es muss beschlossen werden, wer an der Planausführung teilnimmt und wer die Facharbeit koordiniert. Auch ist ein Termin zur Anhörung von Fortschrittsmeldung sowie ein Termin für eine erneute Besprechung festzusetzen. Das Planerstellungsstadium ist ein unbedingt notwendiges Übergangsstadium von der methodischen Datenerfassung zur Umsetzung des Plans in die Praxis.

**Zusammenfassung:** Die Grundlage für den PFP umfasst empfohlene Förderungsbereiche, die Namen der Verantwortlichen / ausführenden Teammitglieder und den allgemeinen Zeitrahmen für die erneute Besprechung. Dies ist noch nicht der persönliche Plan, denn es fehlen darin noch zahlreiche Bestandteile, wie die ausführliche Angabe der Ziele, die Ausführungsweise (in Stadien), die erforderlichen Mittel, Ort, Zeit usw., die später ausgeführt werden.

**3. Erstellung und Niederschrift des PFP:** Bei Erstellung des persönlichen Plans sind Maßnahmen zu ergreifen, die sich aus dem körperlichen und seelischen Zustand des Individuums ergeben, und die damit verbundenen Fachkräfte hinzuzuziehen. Erstellt wird der Plan von einer Fachkraft in Zusammenarbeit mit Betreuern, die mit dem geistig behinderten Menschen arbeiten. Die Einbeziehung dient dem Zugehörigkeitsgefühl und der Abstimmung zwischen dem schriftlichen und ausgeführten Plan sowie der Erhöhung der Erfolgsaussichten der persönlichen Förderung.

**Planzusammensetzung:** Der persönliche Förderplan umfasst folgende Themen:

Förderungsbereiche

Zielsetzungen

Erfolgskriterien

Umsetzungsbeschreibung: Umsetzungsverlauf und –weise

Ort

Zeit

Bezeichnung der am Plan einbezogenen Personen

Hilfsmittel zur Planumsetzung

Nennung des Planverantwortlichen

Kontrollweise

**Förderungsbereiche:** Hauptlebensbereiche (Beispiel: Beschäftigung). Unterbereiche (Beispiel: Verständnis einfacher Anweisungen, Feinmotorik usw.). Alle Bereiche sind in der persönlichen Akte niedergeschrieben.

**Inhalte:** Die mit den verschiedenen Bereichen verbundenen Inhalte. Zum Beispiel: Arbeit mit Muttern, Schrauben usw.

**Ziele:** Langfristige Ziele, z.B. passende Arbeit für den offenen Arbeitsmarkt), mittelfristige Ziele, z.B. Geschwindigkeits- und Ertragsverbesserung) und kurzfristige Ziele, z.B. die Nutzung des Schraubenziehers für feine Arbeiten, die er bisher nicht versucht hat.

**Erfolgskriterien:** Gemeint ist ein Kriterium, das uns dabei behilflich ist, festzustellen, wann der behinderte Mensch sich das Erlernte angeeignet hat, z.B. wann er feine Schraubarbeiten richtig, genau und perfekt ausführt.

**Ausführungsbeschreibung:** Ausführungsverlauf, einschließlich der den festgesetzten Zielen angepassten Arbeitsstadien und ausführliche Beschreibung der erforderlichen Ausführungsweise.

**Ort:** Verzeichnung und Schilderung des Ortes, an dem der Plan ausgeführt werden soll.

**Zeit:** Der persönliche Plan muss einen Zeitrahmen haben, welcher aus verschiedenen Bestandteilen zusammengesetzt ist. Die Dauer des Plans bis zur nächsten Entwicklungsbesprechung / Einschätzung (z.B. ein halbes Jahr, ein Jahr).  
Dauer der Aktivität: Tag und Stunde (z.B. Dienstag von 14 bis 15.30 Uhr).

**Personen, die am Plan arbeiten:** Gruppenleiter, Leiter, Sportlehrer usw.

**Hilfsmittel / Mittel zur Planausführung:** Ausführliche Schilderung entsprechend den einzelnen Stadien.

**Verantwortung:** Nennung der verantwortungstragenden Fachkraft für den persönlichen Plan (z.B. Koordinator persönlicher Pläne, Erziehungskoordinator, Psychologe, Sozialarbeiter usw.).

**Kontrolle:** Aufzeichnungen des Verantwortlichen über die Kontrolle, einschließlich der Kontrollform und Fortschrittsbericht.

### **3.3.6 Umsetzung und Kontrolle**

Die Planverwirklichung obliegt vielen Personen, wie z.B.: Fachkräften, Betreuern, Familienangehörigen, freiwilligen Helfern usw. Die Arbeit kann von jeder Person separat und/oder in Mitarbeit erfolgen. Die Kontrolle obliegt einem einzigen, zu diesem Zweck von der Einrichtung ernannten, Menschen.

**Das gesamte Verfahren bis zu diesem Stadium erfolgt individuell: Datenerfassung, Einschätzung, Erstellung des Rahmenprogramms und des persönlichen Förderplans. Das Umsetzungsstadium muss nicht unbedingt persönlich erfolgen, sondern je nach Zielsetzung und Bereich. Wir erinnern jedoch daran, dass es Lebensbereiche gibt, in denen es unsere Aufgabe ist, den Privatbereich und die Menschenwürde zu wahren, und die individuell erfolgen müssen, wie z.B.: Toilette, Waschen, Ankleiden usw.**

**Vom persönlichen Plan kann auch auf einen Gruppenplan übergegangen werden , wenn es gemeinsame Ziele gibt.**

### **3.4 Zusammenfassung**

Die methodische Datenerfassung über die Funktionsfähigkeit des geistig behinderten Menschen, die Einschätzung, Erstellung des Masterplans und des persönlichen Förderplans sind dynamische Arbeitsstadien, die sich im Laufe des Menschenlebens wiederholen und verändern. Zusammen bilden sie eine methodische und fachgemäße Arbeit, deren Ziel die Verbesserung der Lebensqualität des Individuums ist. Sie bilden auch die Mittel, mit denen der geistig behinderte Mensch im jeweiligen Lebensrahmen, Wohnrahmen (Internat, Hostel, Heim), Beschäftigungsrahmen (Spezialbeschäftigung, freier Markt), Erziehung (Hort, Schule) und Freizeit (Klub) verwirklicht werden sollen. Dadurch wird auf mehreren Niveaus eine Änderung erzielt: dem des Individuums, des Lebensrahmens, der Familie, der Gemeinde und der gegenseitigen Beziehungen. Manchmal, bei Schwierigkeiten bei der Planverwirklichung, kann man sich mit der Einstellung helfen, wonach die Schwierigkeiten mehr mit der Unangemessenheit des Planes an das Individuum zu tun haben, als mit den Merkmalen des Menschen selbst, da der persönliche Plan von vornherein die verschiedenen, manchmal problematischen Merkmale des Individuums berücksichtigen und einbeziehen sollen. In solchen Fällen müssen die

Fachkräfte inne halten, die Gründe für die Schwierigkeiten überprüfen, die viele Ursachen haben können. Es ist ratsam, zum Einschätzungsstadium zurückzugehen, zu den Kriterien und Überlegungen bei der Planerstellung. Es sollte geprüft werden, ob der Plan oder Teile davon geändert werden sollen, um weitere Fortschritte zu erzielen.

Ein Plan, der die Bedürfnisse und Fähigkeiten des geistig behinderten Menschen, dessen Funktionsfähigkeit und Potenzial berücksichtigt, hat größere Erfolgsaussichten.

### **3.5 Literatur**

Kandel, I.; Aminadaw, H. & Müller-Erichsen, M. (2003). Interdisziplinäre Diagnostik geistiger Behinderung in der israelischen Sozialgesetzgebung. Ein Konzept aus Israel im Modellversuch in Deutschland. In: Geistige Behinderung, 4, 329-337.

## 4 Projektaufbau

*Maren Müller-Erichsen / Kathrin Gattermann*

Nach dem Eingang der Bewilligung installierte der Vorstand des Deutsch-Israelischen Vereins eine Steuerungsgruppe, die das Projekt von Anbeginn begleitete.

Mitglieder der Steuerungsgruppen waren:

- Maren Müller-Erichsen, Vorsitzende des Deutsch-Israelischen Vereins
- Dr. I. Kandel, Generaldirektor des Deutsch-Israelischen Vereins (federführend)
- Dr. M. Lang, Psychologin, wissenschaftliche Begleitung
- Dr. G. Neuhäuser, Mediziner, wissenschaftliche Begleitung
- Dr. Bettina Nickel, Soziologin, Institut für empirische und angewandte Sozialforschung an der Justus-Liebig-Universität Gießen e.V., wissenschaftliche Begleitung

Hinzugezogen wurden aus Israel Frau Dr. H. Aminadaw, leitende Psychologin des israelischen Sozialministeriums, und Frau Dr. Ruth Raif. Beide Kolleginnen leiten in Israel die Abteilung „Diagnostik und Individuelles Programm“ des Sozialministeriums. Die Steuerungsgruppe hat das Projektteam ausgewählt und eingestellt:

Leitung/Teilzeit: Frau Dipl.-Psych. Andrea Pahlich,

Leitung/Teilzeit: Frau Dipl.-Päd. Regina Eccher,

Teilzeit: Herr Dipl.-Päd. Thomas Bauer,

Teilzeit: Frau Dipl.-Päd. Katrin Gattermann.

Zuzüglich zwei Mitarbeiterinnen (0,5 Stellen) für Büroorganisation und Verwaltung.

**Zur besseren Wiedererkennung wurde der Titel des Projektes auf „Interdisziplinäre Diagnostik und Individuelles Programm (InDiPro) verkürzt.**

### 4.1 Projektdaten

TeilnehmerInnen des Projektes waren Menschen mit geistiger Behinderung im Alter zwischen ca. **15 und 38 Jahren**, die in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung arbeiteten, wohnten oder unterrichtet wurden. Hierzu gehörten

Tagesförderstätten, Werkstätten oder Wohnstätten sowie Schulen für Menschen mit geistiger Behinderung.

Beteiligt waren neben den Eltern der behinderten Personen deren Betreuer, Gruppenleiter bzw. Lehrer, sowie die Leitungen von Wohneinrichtungen, Werkstätten für Menschen mit Behinderung und Schulen (PB und LH).

Insgesamt hatten sich **104 Menschen mit geistiger Behinderung** zur Mitarbeit angemeldet. Zuvor hatte es eine detaillierte Darstellung des Projektes in den Einrichtungen gegeben.

Bei 41 Personen kam es aus den folgenden Gründen zu keiner Projektteilnahme:

- Die im Antrag angegebene Altersgrenze wurde überschritten.
- Der Wohnort der Person war zu weit von Gießen entfernt (> 45 km).
- Der Aufwand für die Diagnostische Phase erschien den Eltern/Institutionen zu hoch.
- Nach der Erstinformation zum Projekt entschieden sich die Eltern für ein anderes Angebot für ihre Tochter / ihren Sohn.

Insgesamt haben **63 Menschen** mit geistiger Behinderung aktiv am Projekt teilgenommen, d.h. sie haben alle Phasen durchlaufen. Davon waren 25 Frauen und 38 Männer. Der Altersdurchschnitt lag bei 23 Jahren. Die nachfolgenden Daten (**Tabelle 1**) beziehen sich auf Angaben, die zum jeweiligen Projekteintritt erhoben wurden.

<b>Alter</b>	<b>Anzahl TeilnehmerInnen</b>
14-17 Jahre	11
18-21 Jahre	20
22-25 Jahre	13
26-29 Jahre	9
30-33 Jahre	6
34-37 Jahre	4

**Tabelle 1 Alter der TeilnehmerInnen**



Die Wohnformen und die Tagesstrukturen der einzelnen TeilnehmerInnen sahen wie folgt aus:

<b>Wohnen</b>	<b>Anzahl TeilnehmerInnen</b>
im Elternhaus	37
Komplexeinrichtung	4
Wohnstätte	14
Betreutes Wohnen / Trainingswohnung	3
Kinderheim	5

<b>Tagesstruktur</b>	<b>Anzahl TeilnehmerInnen</b>
Schule f. Kinder u. Jugendliche mit geistiger Behinderung	19
Schule f. Lernhilfe mit Abteilung Körperbehinderung	2
WfbM	27
Qualifizierungsmaßnahme	0
Außenarbeitsplatz Integrationsfachdienst der WfbM	1
Unterstützte Beschäftigung Integrationsfachdienst / WfbM unabhängig	0
Allgemeiner Arbeitsmarkt	1
Tagesförderstätte	13
Tagesstrukturierendes Angebot	0

**Tabelle 2 Wohn- und Tagesstruktur der TeilnehmerInnen**

Während der Projektphase veränderten sich bei fünf TeilnehmerInnen die Wohnformen wie folgt: Eine Teilnehmerin zog aus einer Wohnstätte in eine Wohngemeinschaft des Betreuten Wohnens, eine weitere Teilnehmerin zog aus einem Kinderheim in eine Wohnstätte für Erwachsene mit Behinderung. Eine Teilnehmerin zog aus einem Kinderheim in ein Pflegeheim, ein Teilnehmer zog ebenfalls vom Elternhaus ebenso in ein Pflegeheim. Für einen Teilnehmer änderte sich seine Wohnform, indem er aus einer Komplexeinrichtung in eine kleinere Wohnstätte umzog.

In der Tagesstruktur gab es folgende Veränderung: Neun SchülerInnen wechselten in eine Werkstatt und zwei SchülerInnen in die Tagesförderstätte. Eine TeilnehmerIn wechselte aus einem Qualifizierungsprojekt in eine befristete Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Die Stammdaten der einzelnen TeilnehmerInnen sind in der **Tabelle 3** dargestellt.

Nr.			Wohnform					Tagesstruktur								
	Alter bei Projekteintritt	Geschlecht	Familie	Komplexeinrichtung *	Wohnstätte	Betreutes Wohnen / Trainingswohnung	Kinderheim	Schule f. Kinder u. Jugendliche m. geistiger Behinderung	Schule f. Lernhilfe m. Abteilung Körperbehinderung	WfbM	Qualifizierungsmaßnahme	Außenarbeitsplatz Integrationsfachdienst der WfbM	Unterstützte Beschäftigung Integrationsfachdienst/ WfbM unabhängig	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Tagesförderstätte	Tagesstrukturierendes Angebot
1	17	m	x					x								
2	22	m			x										x	
3	33	m			x										x	
4	35	w			x										x	
5	23	m	x							x						
6	19	w	x					x								
7	23	m			x					x						
8	20	m	x							x						
9	18	w	x					x								
10	23	m		x						x						
11	21	m				x								x		
12	19	w	x					x								
13	27	m			x										x	
14	26	m			x					x						
15	27	w	x							x						
16	21	w				x				x						
17	37	m			x										x	
18	23	w	x							x						
19	30	m			x					x						
20	20	w	x							x						
21	19	m	x					x								
22	35	w	x												x	
23	27	m			x					x						
24	25	m	x							x						
25	27	m	x							x						
26	25	w	x												x	
27	18	w	x					x								
28	19	m	x							x						

Nr.			Wohnform					Tagesstruktur								
	Alter bei Projekteintritt	Geschlecht	Familie	Komplexeinrichtung *	Wohnstätte	Betreutes Wohnen / Trainingswohnung	Kinderheim	Schule f. Kinder u. Jugendliche m. geistiger Behinderung	Schule f. Lernhilfe m. Abteilung Körperbehinderung	WfbM	Qualifizierungsmaßnahme	Außenarbeitsplatz Integrationsfachdienst der WfbM	Unterstützte Beschäftigung Integrationsfachdienst/ WfbM unabhängig	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Tagesförderstätte	Tagesstrukturierendes Angebot
29	28	m		x						x						
30	14	m	x						x							
31	17	w					x	x								
32	25	w	x												x	
33	15	m	x					x								
34	18	m					x	x								
35	26	m		x						x						
36	27	w			x							x				
37	15	m					x	x								
38	27	m	x							x						
39	17	m	x							x						
40	18	w	x					x								
41	31	w	x												x	
42	21	m	x							x						
43	30	w	x												x	
44	25	w		x											x	
45	24	m	x							x						
46	17	m	x					x								
47	33	w			x					x						
48	18	w	x							x						
49	21	m	x							x						
50	31	w			x										x	
51	18	m	x					x								
52	36	m			x										x	
53	18	m	x							x						
54	15	w					x	x								
55	19	m	x					x								
56	20	m	x					x								
57	20	m			x					x						

Nr.			Wohnform					Tagesstruktur								
	Alter bei Projekteintritt	Geschlecht	Familie	Komplexeinrichtung *	Wohnstätte	Betreutes Wohnen / Trainingswohnung	Kinderheim	Schule f. Kinder u. Jugendliche m. geistiger Behinderung	Schule f. Lernhilfe m. Abteilung Körperbehinderung	WfbM	Qualifizierungsmaßnahme	Außenarbeitsplatz Integrationsfachdienst der WfbM	Unterstützte Beschäftigung Integrationsfachdienst/ WfbM unabhängig	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Tagesförderstätte	Tagesstrukturierendes Angebot
58	15	m	x					x								
59	24	w	x							x						
60	22	m				x				x						
61	14	m	x						x							
62	15	w	x					x								
63	19	w					x	x								

Tabelle 3 Stammdaten der TeilnehmerInnen

Während und nach der Diagnostischen Phase sowie innerhalb des Individuellen Programms haben vier TeilnehmerInnen ihre Teilnahme am Projekt vorzeitig beendet: Ein Teilnehmer lebte bereits sehr selbstständig und suchte ein anderes Angebot, eine Teilnehmerin sah sich zeitlich mit einem weiteren Termin in der Woche überfordert. Ein Teilnehmer hat das Individuelle Programm aufgrund anderer Interessen nach einem Jahr von sich aus beendet und ein Teilnehmer lehnte das Individuelle Programm ab.

Damit haben 59 Personen am Individuellen Programm teilgenommen.

Bezogen auf die Kooperation mit den Institutionen ergab sich folgendes Bild: Das Projekt InDiPro kooperierte über die gesamte Laufzeit mit 30 Institutionen der Behindertenhilfe aus den Regionen Gießen, Wetzlar, Marburg und Dillenburg.

Dies waren im Detail:

- 5 Schulen für Praktisch Bildbare und /oder Lernhilfe,
- 14 Wohnstätten sowie 2 Institutionen des Betreuten Wohnens,
- 3 Tagesförderstätten,
- 7 Werkstätten für Menschen mit Behinderung,



## **5 Systematische Erhebung von Daten**

### **- Interdisziplinäre Diagnostik und Empfehlungen -**

#### **5.1 Interdisziplinäre Diagnostik – Einführung**

##### **- Israelisches Modell und deutsche Variation –**

*Dr. Monika Lang*

Als übergreifendes Ziel aller Leistungen im Bereich der Rehabilitation wird im Sozialgesetzbuch IX (2001) die Förderung von "Selbstbestimmung und gleichberechtete(r) Teilhabe" von Menschen mit Behinderung benannt.

In der 2001 von der WHO verabschiedeten neuen internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wird Partizipation bzw. soziale Teilhabe verstanden "als Einbezogenheit in eine (bestimmte) Lebenssituation" (Seidel, 2003).

Im Rahmen der ICF-Klassifikation werden dabei besonders die Bedeutung der Kontextfaktoren und der hohe Stellenwert der Wahrnehmung der individuellen Kompetenzen eines Menschen mit Behinderung, insbesondere auch wenn es um Fragen der Begleitung und Unterstützung bei der Realisierung von Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe geht, betont.

#### **In welcher Weise wurden nun diese Aspekte im Rahmen des interdisziplinären diagnostischen Vorgehens bei InDiPro berücksichtigt?**

Ebenso wie in Israel, kennzeichnete eine interdisziplinäre Diagnostische Phase, unter starker Einbeziehung des Menschen mit Behinderung und seines sozialen Umfeldes, den Beginn des gesamten Prozesses.

**Interdisziplinarität bedeutete hier die enge Verknüpfung medizinischer, psychologischer und pädagogischer Kompetenzen und Methoden, und realisierte sich auch und gerade auf der Ebene eines intensiven direkten Austauschs im Rahmen des Interdisziplinären Teamgesprächs und eines ersten gemeinsamen Herauskrystallisierens von möglichen Empfehlungen für ein Individuelles Programm.**

In Israel wird eine solche umfangreiche und verschiedene Lebensbereiche betreffende Diagnostik je nach Lebensalter alle 3 bis 5 Jahre durchgeführt. Dabei wird dort unterschieden zwischen einem alle Lebensbereiche betreffenden **Masterplan** und daraus abgeleiteten **spezifischen Individuellen Plänen** zur konkreten Unterstützung bei der Realisierung einzelner Teilziele. So könnte beispielsweise im Masterplan einer Person deren langfristiger Wunsch auf Umzug in eine ambulante Wohnform beschrieben werden. Dieses Ziel würde dann konkret Schritt für Schritt in Form verschiedener Individueller Programme z.B. im Bereich der Haushaltsführung und der persönlichen Selbstversorgung gemeinsam mit dem Klienten und seinem Umfeld in die Tat umgesetzt.

In Deutschland gibt es dagegen im Erwachsenenalter weniger einen solchen verschiedene Lebensbereiche umfassenden Masterplan, sondern ein eher spezifische Bereiche betreffendes diagnostisches Vorgehen (z.B. im Rahmen der beruflichen Qualifizierung und Platzierung in der WfbM); oft ohne konkrete und überprüfbare Umsetzung sich anschließender individueller Teilprogramme.

Nicht alle Ergebnisse dieser interdisziplinären Diagnostischen Phase waren letztlich relevant für die Realisierung der Individuellen Programme, jedoch kamen so auch häufig bisher übersehene Aspekte der Lebenssituation einer TeilnehmerIn in den Blick, die auch Auswirkungen auf deren Lebensqualität und Wohlbefinden haben konnten, und die unsichtbar geblieben wären, wenn die verschiedenen Lebensbereiche dieser Person im diagnostischen Prozess nicht miteinander vernetzt worden wären.

**Ähnlich wie in Israel, verkörperte das InDiPro-Team eine institutionell unabhängige, neutrale Instanz, die die verschiedenen Lebensbereiche und Teilnetzwerke einer TeilnehmerIn, orientiert an deren Wünschen und Bedürfnissen, in den Blick nahm und eine Diskussion anregte.**

Anders als in Israel konnte das InDiPro-Team lediglich Anregungen und Empfehlungen aussprechen, hatte aber keine direkte Weisungskompetenz. Auch die IP-BegleiterInnen, die die TeilnehmerInnen bei der Umsetzung ihres Individuellen Programms unterstützten, kamen direkt von InDiPro und nicht aus deren

Lebensumfeld. In Israel werden die Individuellen Programme unter fachlicher Beratung von außen, direkt von den BetreuerInnen z.B. der Wohngruppen durchgeführt.

#### **5.1.1 Diagnostisches Vorgehen und relevante Methoden**

In einer ersten Begegnung der ProjektmitarbeiterInnen mit den TeilnehmerInnen, ihren Eltern und evtl. den BetreuerInnen oder gesetzlichen Betreuung, wurden die Wünsche und Bedürfnisse der TeilnehmerIn erkundet. Es ging dabei auch um die bisherige Entwicklung (unter Verwendung eines israelischen Anamnesebogens), die gegenwärtige Lebenssituation, mögliche Veränderungswünsche und die Klärung der Teilnahmemotivation.

Im Anschluss an dieses **Erstgespräch** wurde den Eltern bzw. BetreuerInnen auch ein israelischer Fragebogen zum Ausfüllen mitgegeben, der in etwas abgeänderter Form an den **zehn Lebensbereichen der WHO** (Kommunikation, Selbstfürsorge, Wohnen, soziale Kompetenz, Selbstbestimmung, Gesundheit und Sicherheit, Lernen, Freizeit, Teilhabe am öffentlichen Leben, Arbeit) orientiert war.

Dieser Fragebogen wurde, ebenso wie der Anamnesebogen, zu Beginn des Projekts ins Deutsche übersetzt.

**Im Rahmen eines oder mehrerer weiterer Treffen wurden dann mit Hilfe unterschiedlicher methodischer Verfahren die Fähigkeiten und Fertigkeiten der TeilnehmerIn genauer erhoben. Ergänzt wurde dieses Vorgehen durch eine medizinisch-neurologische Untersuchung durch einen am Projekt direkt beteiligten Mediziner. Auch Gespräche mit LehrerInnen und MitarbeiterInnen der jeweiligen Schule bzw. Wohngruppe oder Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), sowie Schulzeugnisse oder Arztberichte konnten teilweise in den Prozess mit einfließen.**

Im Projekt InDiPro wurden auf psychologischer und pädagogischer Seite, in Anlehnung an die diagnostischen Bausteine bzw. an die Definition einer geistigen Behinderung der American Association of Mental Retardation (AAMR) vorrangig folgende diagnostische Verfahren eingesetzt:



- 1. Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) von Alan S. Kaufman & Nadeen L. Kaufman , 1983, deutsche Bearbeitung und Normierung von Peter Melchers & Ulrich Preuß, 1991.**
- 2. Adaptive Behavior Scale – Residential and Community, 1993, von K. Nihira, H. Leland & N.M. Lambert, im Rahmen der American Association on Mental Retardation (AAMR).**

Ergänzt bzw. ersetzt wurde die K- ABC bei verschiedenen TeilnehmerInnen durch die Bayley Scales of Infant Development, 2. Edition, 1993 (wenn die K-ABC zu schwierig ist) und einzelnen Untertests aus dem Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE-R, Hrsg. Uwe Tewes, Revision 1991) z.B. bei Menschen mit eingeschränkter Sehfähigkeit (dazu mehr siehe 1) oder dem HAWIK-III.

Zum Pool möglicher Verfahren gehörte auch der Bender Visual-Motor-Gestalt Test.

Bei manchen TeilnehmerInnen erschien es sinnvoll, das emotionale Innenleben mit Hilfe von projektiven Verfahren zu untersuchen. In diesen Fällen wurde auf den Thematic Apperception Test (kurz TAT, Henry A. Murray, 1943 bzw. 1971), den Rorschach -Test (Hrsg. Verlag Hans Huber, 1971, 1948, 1994) und auf den House Tree Person - Test (HTP) zurückgegriffen.

Die Anwendung projektiver Verfahren bei Menschen mit geistiger Behinderung ist im deutschsprachigen Raum kaum dokumentiert. In Israel gibt es hier eine langjährige Tradition und vielfältige Erfahrungen. Wir hatten uns entschieden, bei einigen TeilnehmerInnen, die sich verbal äußern konnten, die obengenannten projektiven Verfahren anzuwenden, die Erfahrungen und Ergebnisse zu dokumentieren und so vielleicht auch eine erste vorsichtige Einschätzung in Bezug auf ihre Durchführbarkeit und Aussagekraft bei diesem Personenkreis vornehmen zu können.

Hofmann & Brachet (2002) weisen darauf hin, dass das „[...] sonderpädagogische Interesse an Forschung im Bereich der Testdiagnostik für Personen mit geistiger Behinderung [...] wenig entwickelt [ist]“ und dass „[...] die durchaus berechtigte Kritik an reiner Funktions- und Klassifikationsdiagnostik (Begemann, 2000)[...] jedoch auch

dazu geführt [hat], dass es wenig Erfahrungen für diese Art der Testdiagnostik gibt" (ebd., S. 255).

In den verschiedenen heil- und sonderpädagogischen Arbeitsfeldern wird nach wie vor nicht ausreichend wahrgenommen, dass die berechtigte Kritik an der Konstruktion und dem vorwiegend selektionsdiagnostischen Einsatz von Intelligenztests zu deutlichen Veränderungen in deren inhaltlichen Konzeptionierung geführt hat.

Die Mehrzahl der neueren Verfahren zeichnet sich durch eine deutliche Abkehr vom Intelligenzquotienten als dem alleinigen Ergebnis aus und arbeitet verstärkt mit differenzierten Profilanalysen, die auch wichtige Informationen für die didaktische Aufbereitung der Unterstützung im Rahmen eines individuellen Lern- oder Bildungsprogramms geben können. Ein begleitender prozessdiagnostischer Einsatz ist ebenso möglich.

**Grundsätzlich steht man bei diagnostischen Untersuchungen von Jugendlichen und Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung aber vor dem Problem, dass es weder im deutschsprachigen noch im internationalen Raum spezielle Untersuchungsverfahren zur Messung von Intelligenz (Fähigkeiten) und erworbenen Fertigkeiten bei diesem Personenkreis gibt. Dies bedeutet, dass Verfahren, die nicht für Menschen mit einer geistigen Behinderung entwickelt und normiert wurden auf diesen Personenkreis übertragen werden müssen, mit allen damit verbundenen Schwierigkeiten.**

So ist es nach Maluck & Melchers (2000) häufig nicht möglich Profilinterpretationen durchzuführen, weil es zu sogenannten „Bodeneffekten“ kommt, d.h. viele Skalen differenzieren hier nicht ausreichend, da sie für Menschen mit geistiger Behinderung zu schwer sind. Das sich dann häufig ergebende flache Testprofil ist ein Artefakt und das spezifische Fähigkeiten -und Fertigkeitenprofil der untersuchten Person bleibt dann unsichtbar (so differenziert z.B. der HAWIE bei einem IQ von 44 und niedriger nicht mehr hinreichend).

### **Zu 1. K-ABC:**

Bei der Durchführung des Projekts in Deutschland wurde vorwiegend die K-ABC eingesetzt. Dabei waren folgende Aspekte relevant:

- Im Gegensatz zum Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE) bzw. Kinder (HAWIK) beinhaltet die K-ABC bei den Skalen der intellektuellen Fähigkeiten (Maß der Gesamtintelligenz) einen besonders hohen Anteil an Aufgaben mit visuellem Schwerpunkt in der Reizdarbietung und bei den Aufgabenlösungen. Dies ist in der Anwendung von Vorteil für diejenigen Menschen mit geistiger Behinderung, die sich verbal nur wenig äußern können.
- In Israel werden je nach Person und Fragestellung individuell zusammengestellte Skalen aus den amerikanischen bzw. israelischen Fassungen verschiedener Intelligenztests verwandt. Dies ist dort im Rahmen eines bereits eingeführten staatlichen Programmes möglich, führt aber im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Projekts zu deutlichen Schwierigkeiten im Bereich der Gütekriterien Validität (mißt der Test wirklich das, was er vorgibt zu messen?) und Reliabilität (wie genau mißt der Test das, was er vorgibt zu messen?). Die Herausnahme einzelner Untertests aus einem eindimensionalen Test (wie sie z.B. der WISC, die amerik. Fassung des HAWIK darstellt) führt zu einer Testminderung. Eine solche Minderung beeinträchtigt immer die obengenannten Gütekriterien, was wiederum die Aussagekraft der erhobenen diagnostischen Daten deutlich einschränkt.

Bei TeilnehmerInnen mit eingeschränkter Sehfähigkeit wurde aber dennoch auf dieses Vorgehen zurückgegriffen und z.B. der HAWIE-R teilweise durchgeführt, da sonst eine diagnostische Überprüfung der kognitiven Kompetenzen noch stärker eingeschränkt oder unmöglich wäre. Allerdings muss bei der Interpretation der Ergebnisse die Einschränkung der Aussagekraft mit einbezogen werden.

- Die Durchführung und Auswertung der gesamten K-ABC erlaubt es, für die untersuchte Person ein sehr spezifisches Profil ihrer Fähigkeiten und erworbenen Fertigkeiten zu erstellen und ermöglicht so Aussagen über das Fähigkeitspotenzial einer Person und die bisherige Reichhaltigkeit der sozialen Umwelt. Hat eine Person z.B. im Bereich der Fertigkeitenskala (Ausdruck des bisher erfolgten Lernens) signifikant höhere Werte als bei der Skala der intellektuellen Fähigkeiten, so kann dies ein erster Hinweis darauf sein, dass diese Person mit Hilfe einer anregungsreichen sozialen Umwelt ihr Fähigkeitspotenzial bereits sehr gut ausgeschöpft hat. Hier müsste dann bei einer

Erweiterung der Selbstständigkeitsbereiche in besonderem Maße auf mögliche Anzeichen von Überforderung geachtet werden.

**Ebenso können im Vergleich signifikant niedrigere Werte im Bereich der Fertigkeitenskala ein Hinweis darauf sein, dass diese Person mit Hilfe entsprechender Bildungs- und Unterstützungsangebote durchaus in der Lage sein kann, ihre alltagspraktischen Kompetenzen erheblich zu erweitern. Hier würde dann eine ergänzende Analyse vorrangig auch nach denjenigen Faktoren fragen, die die Person bisher daran gehindert haben, ihr intellektuelles Potenzial im Alltag stärker auszuschöpfen.**

- Von besonderem Vorteil für die Planung von individuellen Bildungsprogrammen (und hier vor allem auch für deren didaktische Umsetzung) sind die Informationen zum Informationsverarbeitungsstil, da hier auf neuropsychologischer Grundlage (Luria, 1966) unterschieden wird zwischen einzelheitlichem und ganzheitlichem Denken. Die Skala einzelheitlichen Denkens mißt die Fähigkeit zu folgerichtiger und serieller Problemlösung. Räumlich-gestalthaftes Denken, Analogieschlüsse oder die Organisation von Reizen werden mit der Skala ganzheitlichen Denkens erfasst .
- In Orientierung an den Ausführungen von Maluck & Melchers (2000) ist beim K-ABC eine Profilinterpretation auch für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung möglich, ohne dass dabei die zu Beginn genannte Abflachung des Profils auftritt. Allerdings ist hierzu eine zeitaufwendige Auswertungsmethode (siehe Reynolds & Clark, 1985) nötig.

Hierzu wurde im Team in Anlehnung an Reynolds & Clark folgendes Vorgehen festgelegt:

Ohne Beachtung der Alterskriterien wurde allen TeilnehmerInnen alle Untertests vorgelegt, d.h. alle fingen mit der leichtesten Aufgabe an (keine Beachtung der Starthand). Ebenso wurde die schwarze Stop-Hand im Manual nicht berücksichtigt, da jeweils ein Untertest dann abgebrochen wurde, wenn alle Aufgaben eines Bereichs nicht gelöst wurden. Dies bedeutete zwangsläufig eine Verlängerung der gesamten Testdurchführungszeit. Auf der Basis der so gewonnenen Rohwerte wurde dann mit Hilfe der Tabellen des Manuals (50% Äquivalenzkriterium) das Entwicklungsalter für jeden Untertest gewonnen. Der

Median der verschiedenen Entwicklungsalter in den Untertests einer Person, diene dann als Basis für die eigentliche Auswertung auf der Grundlage der Standardwerte und für die Profilerstellung im Sinne des Handbuchs der K-ABC.

- Im Rahmen dieser Profilbeschreibung ging es ausdrücklich nicht um die Feststellung eines klassischen IQ-Maßes. Dieses Maß wird von den amerikanischen und deutschen Autoren des K-ABC als wenig bedeutsam und ohne weiteren Informationsgehalt für die Planung eines individuellen Förderprogrammes angesehen (siehe Manual der deutschen Fassung des K-ABC, 1991). In Israel ist die Erhebung eines IQ-Maßes vor allem bei Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung jedoch von hoher Relevanz, da es dort bei diesem Personenkreis regelmäßig um die Frage geht, ob die jeweilige Person im Sinne der AAMR - Definition als geistig behindert eingeschätzt wird oder nicht. Hier ist das sogenannte Doppelkriterium wichtig, in dem neben dem Aspekt der sozialen Anpassung auch der gemessene IQ wesentlich mit berücksichtigt wird. **Aus der Beantwortung dieser Frage nach dem Vorliegen einer geistigen Behinderung im Sinne dieser AAMR-Definition ergibt sich in Israel dann die Zuordnung einer Person zum jeweiligen staatlichen Kostenträger und der Zugang zur Teilnahme an einem individuellen Entwicklungsprogramm (vgl. Kandel, Aminadaw & Müller-Erichsen, 2003).**

Im Rahmen der Projektdurchführung in Deutschland wurde mit dieser Frage anders umgegangen, da die Erhebung des IQ-Maßes hier keinen weiteren Informationsgehalt beinhaltet und im Raum der deutschsprachigen Heilpädagogik und Sonderpädagogischen Psychologie kritisch diskutiert wird (z.B. Fornefeld, 2000; Bundschuh, 1999 ).

Am Projekt teilnehmen konnte daher, wer in Einrichtungen arbeitete, wohnte oder unterrichtet wurde, die in Deutschland für Menschen mit geistiger Behinderung geschaffen wurden, z.B. Werkstätten für behinderter Menschen (WfbM) oder Förderschulen für SchülerInnen mit geistiger Behinderung, oder bei denen im Rahmen eines Gutachtens (z.B. Gutachten zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs im Bereich der schulischen Förderung) ein

besonderer Förderbedarf im Sinne der Schule für Kinder mit geistiger Behinderung festgestellt wurde.

## **Zu 2. ABS-RC:2**

Im Sinne der Orientierung an dem obengenannten Doppelkriterium der kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten und der sozialen Anpassungsfähigkeit, wurde der zweite Aspekt im Rahmen des Projekts mit Hilfe der ABS-RC:2 von 1993 erfasst.

Leider gibt es die Adaptive Behavior Scale - Residential and Community:2 bisher nur in englischer Sprache und mit amerikanischer Normierung. Obwohl daher alle 18 Skalen zuerst übersetzt werden mussten, entschied sich die Steuerungsgruppe des Projekts dennoch für ihre Verwendung, da in deutscher Sprache nur die veralteten Verfahren Pädagogisch Analyse und Curriculum (PAC) von Günzburg und das Heidelberger Kompetenzinventar (HKI, 1984) vorlagen. **Beide Verfahren entsprechen inhaltlich nicht mehr dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion im Bereich der Heilpädagogik und bedürfen auch dringend einer neuen Normierung.**

**Obwohl die Verwendung der ABS-RC:2 sehr zeitaufwendig ist, spricht für ihren Einsatz auch, dass sie eine sehr differenzierte Erfassung und Beschreibung der Fertigkeiten einer Person in den zehn Lebensbereichen und im Verhaltensbereich ermöglicht.**

Darüber hinaus erleichtert sie das Anknüpfen an die noch differenzierteren Skalen in Israel, da diese auf der Basis der ABS:RC-2 erstellt wurden und dort teilweise die Grundlage für die zu erstellenden einzelnen Individuellen Programme im Rahmen des bereits genannten übergreifenden Masterplans bilden.

Die ABS-RC:2 liegt in einer überarbeiteten Fassung von 1993 vor (eine neu überarbeitete Version ist in USA in Vorbereitung). Sie ist an einer großen amerikanischen Stichprobe von Erwachsenen (18 bis 80 Jahre), die in einer Wohneinrichtung oder in ambulanten Wohnformen leben, normiert und unterteilt in zwei große Bereiche.

Im ersten Bereich wird nach den Kompetenzen in zehn zentralen Lebensbereichen bzw. Domains (ähnlich der Einteilung der WHO) gefragt ( Anm.: Die Übersetzung erfolgte extern durch eine Übersetzerin und wurde gemeinsam durch eine ABS:RC-2-Arbeitsgruppe des Projektteams und der Steuerungsgruppe zusätzlich fachspezifisch überarbeitet):

1. Selbstständigkeit (z.B. Essen, Toilette, Kleiderpflege, An- und auskleiden usw. )
2. Körperliche Entwicklung ( z.B. Wahrnehmung, Motorik)
3. Ökonomische Aktivitäten
4. Sprachliche Entwicklung / Kommunikation
5. Zahlen und Zeitangaben
6. Häusliche Aktivitäten (z.B. Saubermachen, Tisch decken, Essenszubereitung usw.)
7. Berufsvorbereitende bzw. berufliche Aktivitäten
8. Selbststeuerung / Eigenaktivität
9. Verantwortung
10. Soziale Entwicklung / soziale Kompetenz

Im zweiten Teil wird gezielt nach Verhaltensweisen gefragt, die Hinweise geben können auf mögliche Persönlichkeits-, bzw. Verhaltensstörungen einer Person. Dieser Teil erfasst insgesamt acht verschiedene Dimensionen:

1. Sozialverhalten
2. Anpassung
3. Vertrauens bzw. Glaubwürdigkeit
4. Stereotypes bzw. hyperaktives Verhalten
5. Sexualverhalten
6. Selbstschädigendes Verhalten
7. Soziales Einlassen
8. Störendes / beunruhigendes zwischenmenschliches Verhalten

Die jeweiligen Rohwerte können dann in Prozentrangwerte, Altersäquivalenzwerte und Standardwerte (eines Domains) umgerechnet werden. Darüber hinaus können auch noch Faktorenwerte für insgesamt fünf Faktoren beider Teile ermittelt werden.

Vom Handbuch wird vor allem die Verwendung der Standardwerte empfohlen, da sie das deutlichste Bild der adaptiven Kompetenzen einer Person zum Erhebungszeitpunkt vermitteln. Die Standardwerte können dann auch in eine Profilübersicht übertragen und so auch graphisch verdeutlicht werden.

### **5.1.2 Abschluss der Diagnostischen Phase**

Alle Ergebnisse aus den verschiedenen Teilsträngen der Interdisziplinären Diagnostik wurden verschriftlicht und bildeten in ihrer Rohfassung die Basis für das Interdisziplinäre Teamgespräch (siehe Kap. 5.2.5.) und das sich anschließende Diagnostik-Abschlussgespräch mit der TeilnehmerIn und ihren wichtigsten Bezugspersonen. Am Ende dieser ersten Phase stand dann der Abschlussbericht der Diagnostischen Phase, mit der Beschreibung der zentralen Ergebnisse der Interdisziplinären Diagnostik und den gemeinsam mit der TeilnehmerIn und ihrem sozialen Umfeld entwickelten Empfehlungen. Diese Empfehlungen bildeten dann den Ausgangspunkt für das sich anschließende Individuelle Programm.



## 5.2 Aufbau der Diagnostischen Phase und praktische Durchführung im Projekt

*Regina Eccher*

Die im Projekt durchgeführte interdisziplinäre Diagnostik setzte sich zusammen aus:

- den Wünschen, Zielen und Bedürfnissen der ProjektteilnehmerInnen
- der Erhebung der biographischen Daten und evtl. Krankheitsanamnese
- dem Verhalten in den 10 Lebensbereichen
- Gesprächen mit Schule, Wohnstätte sowie Werkstatt
- der Medizinischen Diagnostik sowie
- der Psychologischen Diagnostik.

Im Rahmen dieses diagnostischen Vorgehens wurden die körperliche und emotionale Befindlichkeit, die kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, das Verhalten in allen Lebensbereichen, wie sie von der WHO (World Health Organization) definiert sind, sowie die Teilhabe der Person an der Gesellschaft vor dem Hintergrund ihres Kontextes beurteilt. Es wurden kontextbedingte Barrieren und Lernfaktoren sowie die individuellen Stärken der ProjektteilnehmerInnen in Erfahrung gebracht.

**Ein Ziel der Diagnostik** war die möglichst objektive Beurteilung oben aufgeführter Aspekte, was durch die Unabhängigkeit des Diagnostikteams und die Befragung unterschiedlicher Personen zu gleichen Themeninhalten versucht wurde zu gewährleisten.

Ein anderer zentraler Gesichtspunkt war die Erhebung der subjektiven Erfahrung und Einschätzung der ProjektteilnehmerInnen im Hinblick auf ihre persönliche Lebenssituation, ihrer Teilhabe an der Gesellschaft sowie die Klärung ihrer individuellen Ziele, Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich ihrer Lebenssituation und möglicher Individuelles Programm-Inhalte. Um diese Informationen in Erfahrung zu bringen, wurden Interviews mit den ProjektteilnehmerInnen geführt.

Die ProjektteilnehmerInnen haben in der Regel an allen Teilaspekten der Diagnostik aktiv teilgenommen. Eine Ausnahme stellte die Befragung zum Verhalten in den 10 Lebensbereichen mit Hilfe der „Adaptive Behavior Scale“ (ABS-RC:2) dar. Die Länge des Verhaltensinventars sowie die Art der Fragestellungen wirkten sich ermüdend

auf die TeilnehmerInnen aus, so dass wir uns dafür entschieden, diesen Teil der Diagnostik mit den Eltern bzw. BezugsbetreuerInnen allein durchzuführen.

Wenn möglich wurde versucht, Einzeltermine mit den ProjektteilnehmerInnen und den Eltern parallel anzubieten (z.B. psychologische Tests und Adaptive Behavior Scale), um die Anzahl der Treffen für die ProjektteilnehmerInnen und deren Begleitpersonen möglichst gering zu halten.

In der Regel ist es innerhalb der **Diagnostischen Phase zu drei Terminen** gekommen. Aus Gründen der Terminfindung sowie eines effektiven Zeitmanagements wurden die unterschiedlichen Diagnostiktermine in ihrer Reihenfolge flexibel gestaltet, Erstgespräch und Anamnese standen jedoch stets am Beginn der Diagnostik.

Zum Teil wurde die Diagnostik in den Projekträumen durchgeführt, zum Teil in den Einrichtungen (Wohnen/Tagesstruktur), - je nach Möglichkeiten der ProjektteilnehmerInnen und deren Umfeld.

Für die projektinternen Erhebungsinstrumente / Fragebögen dienten dem Projekt nach ihrer Übersetzung die in Israel genutzten diagnostischen Fragebögen als Grundlage (Quelle: „Abteilung für Diagnose und Individuelles Programm“ des Sozialministeriums Tel Aviv / Leitung: Fr. Dr. Chaja Aminadaw).

Nachfolgend wird in **Tabelle 4** ein zusammenfassender Überblick über den Ablauf und die Inhalte der Diagnostischen Phase, deren Auswertung im interdisziplinären Team sowie über die verschiedenen Diagnostik-/Erhebungsinstrumente der unterschiedlichen Disziplinen gegeben.

Diagnostik	Teilnehmende/ Kontakt	Inhalte und Erhebungsinstrumente	Weiteres	Zuständigkeit
<b>Pädagogisch / Soziale Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PT</li> <li>- Eltern/Gesetzliche Betreuung</li> <li>- bzw. BetreuerInnen Wohnen</li> </ul>	<p><b>Erstgespräch und Erhebung der biographischen Daten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biographische Daten / gesundheitliche Situation</li> <li>- Erfragung der Wünsche, Ziele und Bedürfnisse</li> </ul> <p><u>Interviewleitfaden / Fragebogen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Erhebung der biographischen Daten“</li> <li>- „Wünsche, Ziele, Bedürfnisse“</li> <li>- „Beobachtungen im Rahmen der Pädagogisch/Sozialen Diagnostik“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aushändigung des Fragebogens „<i>Verhalten in den 10 Lebensbereichen / Emotionaler Bereich und Verhalten / Kontextfaktoren</i>“ an die Eltern bzw. BetreuerInnen Wohnen</li> <li>- Erhalt externer Berichte über ProjektteilnehmerInnen</li> </ul>	PädagogIn

Diagnostik	Teilnehmende/ Kontakt	Inhalte und Erhebungsinstrumente	Weiteres	Zuständigkeit
	- ProjektteilnehmerIn (auf Wunsch der ProjektteilnehmerIn in Begleitung von Eltern / BetreuerInnen)	<b>Interview mit ProjektteilnehmerIn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbsteinschätzung zum Verhalten in den 10 Lebensbereichen</li> <li>- Emotionale Aspekte</li> <li>- Kontextfaktoren</li> <li>- Erfragung der Wünsche, Ziele und Bedürfnisse</li> </ul> <u>Interviewleitfaden / Fragebogen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „<i>Verhalten in den 10 Lebensbereichen/Emotionaler Bereich und Verhalten/Kontextfaktoren</i>“</li> <li>- „<i>Wünsche, Ziele, Bedürfnisse</i>“</li> <li>- „<i>Beobachtungen im Rahmen der Pädagogisch / Sozialen Diagnostik</i>“</li> </ul>		PädagogInnen

Diagnostik	Teilnehmende/ Kontakt	Inhalte und Erhebungsinstrumente	Weiteres	Zuständigkeit
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ProjektteilnehmerIn</li> <li>- LehrerInnen</li> <li>- BetreuerInnen</li> <li>- ggf. TherapeutInnen</li> </ul>	<b>Umfeldbefragung Tagesstruktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umfeldspezifische Fragestellungen</li> <li>- Perspektiven</li> <li>- Emotionale Aspekte</li> <li>- Kontextfaktoren</li> </ul> <u>Interviewleitfaden / Fragebogen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Gespräch Schule / WfbM / Wohnstätte“</li> <li>- Teilaspekte der „Adaptive Behavior Scale (ABS-RC:2)“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhalt von Berichten</li> </ul> Bereich Tagesstruktur <ul style="list-style-type: none"> <li>- ggf. therapeutische Berichte</li> </ul>	PädagogInnen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern bzw. BetreuerInnen/Wohnen</li> </ul>	<b>Umfeldbefragung Wohnen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhebung des Verhaltens in den 10 Lebensbereichen</li> </ul> <u>Erhebungsinstrument</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltensinventar „Adaptive Behavior Scale (ABS-RC:2)“</li> </ul>		PädagogInnen Psychologin

Diagnostik	Teilnehmende/ Kontakt	Inhalte und Erhebungsinstrumente	Weiteres	Zuständigkeit
<b>Medizinische Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ProjektteilnehmerIn</li> <li>- Eltern/Gesetzliche Betreuung bzw. BetreuerIn</li> </ul>	<p>Kurzanamnese, allgemeinmedizinische, neurologische u. psychiatrische Untersuchung</p> <p><u>Erhebungsinstrument</u></p> <p>- „<i>Ärztliche Untersuchung</i>“</p>		Mediziner
<b>Psychologische Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ProjektteilnehmerIn</li> <li>- ggf. Eltern/Gesetzliche Betreuung bzw. BetreuerIn</li> </ul>	<p>Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des emotionalen Befindens mit Hilfe von psychologischen Tests</p> <p><u>Psychologische Tests</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>K-ABC</i></li> <li>- <i>HAWI-E</i></li> <li>- <i>HAWI- K</i></li> <li>- <i>Bayley scales</i></li> <li>- <i>Bender Gestalt Test</i></li> <li>- <i>Haus Baum Person</i></li> <li>- <i>TAT</i></li> <li>- <i>Rorschach</i></li> </ul>		Psychologin

<b>Diagnostik</b>	<b>Teilnehmende/ Kontakt</b>	<b>Inhalte und Erhebungsinstrumente</b>	<b>Weiteres</b>	<b>Zuständigkeit</b>
<b>Interdisziplinäres Team-Gespräch</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Austausch u. Diskussion über die gewonnenen Informationen u. Ergebnisse der Diagnostischen Phase</li> <li>- Formulierung der Empfehlungen</li> </ul>		Mediziner Psychologin PädagogInnen
<b>Diagnostik- Abschlussgespräch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ProjektteilnehmerIn</li> <li>- Eltern/Gesetzliche Betreuung</li> <li>- ggf. BetreuerInnen</li> <li>- Wohnen/Tagesstruktur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorstellung d. gesammelten Informationen</li> <li>- Aussprache der Empfehlungen</li> <li>- Treffen von Vereinbarungen</li> <li>- Auswahl der IP-Themen</li> </ul>		Pädagogin Psychologin
<b>Übergangsphase Diagnostische Phase – Individuelles Programm (IP)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weiterleitung der Informationen aus dem Externen Diagnostik-Abschlussgespräch an PädagogInnen</li> <li>- Auswahl u. Vorbereitung der IP-BegleiterInnen auf IP-Inhalt und ProjektteilnehmerIn</li> </ul>		Pädagogin Psychologin

Diagnostik	Teilnehmende/ Kontakt	Inhalte und Erhebungsinstrumente	Weiteres	Zuständigkeit
<b>Abschlussbericht zur Diagnostischen Phase</b>		<p>- Zusammenfassung der Ergebnisse der Diagnostischen Phase, der Vereinbarungen sowie des IP-Inhaltes an ProjektteilnehmerIn und Eltern/Gesetzliche Betreuung.</p> <p><u>Instrument</u></p> <p>- „<i>Bericht zur Interdisziplinären Diagnostischen Phase mit Empfehlungen und Vereinbarungen</i>“</p>		<p>Pädagogin Psychologin</p>

**Tabelle 4 Systematische Erhebung von Daten**



### **5.2.1 Pädagogisch / Soziale Diagnostik**

*Regina Eccher*

Der pädagogisch / soziale Teil der Diagnostik setzte sich zusammen aus:

- a. einem Erstgespräch sowie der Erhebung der biographischen Daten mit den TeilnehmerInnen und den Eltern (bzw. BetreuerInnen/Wohnen),
- b. dem von den Eltern (bzw. BetreuerInnen/Wohnen) ausgefüllten Fragebogen zum „Verhalten der TeilnehmerInnen in den 10 Lebensbereichen“,
- c. einem Interview mit den ProjektteilnehmerInnen,
- d. Gesprächen mit BetreuerInnen aus dem direkten Umfeld der TeilnehmerInnen (Bereiche Wohnen / Tagesstruktur und ggf. TherapeutInnen) sowie
- e. der Erhebung des Verhaltensinventars ABS-RC:2 mit den Eltern (bzw. BetreuerInnen/Wohnen).

Dieser Teil der Diagnostik war darauf ausgelegt, ein möglichst ganzheitliches Bild von den TeilnehmerInnen und ihrer gegenwärtigen Lebenssituation, ihrer Kompetenzen in den verschiedenen Lebensbereichen sowie ihrer Wünsche, Ziele und Bedürfnisse hinsichtlich ihrer Lebenssituation und möglicher IP-Inhalte zu gewinnen.

Im folgenden soll näher auf die verschiedenen Anteile der pädagogisch / sozialen Diagnostik eingegangen werden.

#### **Erstgespräch, Erhebung der biographischen Daten sowie Fragebogen zum Verhalten in den 10 Lebensbereichen**

Am **Erstgespräch** und bei der **Erhebung der biografischen Daten** nahmen die TeilnehmerInnen und die Person teil, die die TeilnehmerInnen zur Projektteilnahme angemeldet hatte. Meist waren dies die Eltern oder Gesetzlichen BetreuerInnen, teilweise auch die LeiterInnen bzw. BetreuerInnen aus den Wohnstätten.

Im sogenannten Erstgespräch wurden die Gründe für die Projekt-Teilnahme und die Erwartungen an das Projekt erfragt. Danach wurden die Anwesenden über den

Projektverlauf informiert und die Wichtigkeit der aktiven Kooperation des Umfelds betont.

Bezüglich der Themenauswahl im späteren Individuellen Programm wurden hier bereits geäußerte Wünsche der TeilnehmerInnen notiert und nach den Stärken und Interessen der TeilnehmerInnen gefragt. Besonders bedeutend waren Informationen über Bildungswünsche und -ziele, und ob diesbezüglich bereits Erfahrungen vorliegen.

Die Anwesenden waren vorab gebeten worden, medizinische Berichte, Wohnstättenberichte, Schulzeugnisse und dergleichen mitzubringen. Diese wurden im **Interdisziplinären Team-Gespräch** (s. Kapitel 5.2.4) besprochen und relevante Informationen in den Abschlussbericht der Diagnostischen Phase aufgenommen.

Zudem wurden die Eltern oder Gesetzlichen BetreuerInnen gebeten, eine **Einverständniserklärung** zu unterschreiben, die eine kontrollierte Weitergabe der gewonnen Daten sowie deren anonymisierte Auswertung erlaubte.

Anschließend wurden die **biografischen Daten** zusammengestellt. Die TeilnehmerInnen konnten dabei mitwirken oder parallel dazu das Interview oder die psychologische Testsitzung mit einem/einer der Team- MitarbeiterInnen durchführen. Neben der aktuellen Situation bezüglich der Familien- Wohn-, und Arbeitsverhältnisse wurde die psychosoziale und körperliche Entwicklung angesprochen. Des Weiteren waren die schulische Laufbahn und Wohnort- und Arbeitsplatzwechsel von Belang. Schließlich wurde der Beginn und Verlauf einer eventuellen Krankengeschichte angesprochen sowie die bisherigen und aktuellen Förder- und Therapiemaßnahmen vermerkt.

Die Erhebung der biografischen Daten geschah in einem halbstrukturierten Interview. Abhängig von den erhaltenen Informationen stellte die Interviewerin gezielte Fragen in den speziellen Bereichen, so dass sich ein fließendes Gespräch entwickelte.

Im Anschluss wurde der Fragebogen „Verhalten in den 10 Lebensbereichen“ ausgehändigt. In diesem sollte das **Verhalten in den 10 Lebensbereichen**, die **emotionalen Aspekte** und **behindernde Kontextfaktoren** eingeschätzt werden. Die Eltern wurden gebeten, diesen zu Hause gemeinsam mit der Tochter oder dem Sohn

auszufüllen und an das Team zurückzusenden. Manche Eltern zogen es vor, diesen Fragebogen mit Unterstützung der Teammitarbeiterin vor Ort auszufüllen.

### **Erfahrungen**

Dieses erste Treffen im Rahmen der Diagnostischen Phase dauerte zwischen 60-120 Minuten.

Während des informativen Teils waren die TeilnehmerInnen immer anwesend, bei der anschließenden Erhebung der biographischen Daten zogen es die meisten TeilnehmerInnen vor, das Interview oder die psychologische Testsitzung parallel durchzuführen.

Waren die TeilnehmerInnen dennoch anwesend, gestaltete sich die Situation in den meisten Fällen so, dass die Eltern *über* ihre Töchter/Söhne berichteten. Bei wenigen Familien gestaltete sich die Gesprächssituation so, dass der Sohn oder die Tochter zuerst auf die gestellten Fragen antwortete, und die Eltern die fehlenden Informationen ergänzten.

Ein Gespräch, das ausschließlich mit einem Projektteilnehmer geführt wurde, führte zu keiner befriedigenden Informationssammlung.

Viele Eltern, die über die Lebensgeschichte ihres Kindes berichteten, genossen das offene Ohr des Gegenübers, so dass das Gespräch auch manchmal therapeutische Aspekte aufwies.

Die Gespräche mit den BetreuerInnen und LeiterInnen gestalteten sich unterschiedlich bezüglich des Informationsgehalts. Da sie die TeilnehmerInnen nur partiell im Leben begleitet hatten, fehlten ihnen oft grundlegende Informationen über Kindheit, Jugend, vergangene Heimaufenthalte, Therapien u.ä. Bestenfalls konnten diese Lücken mit Hilfe von Berichten aufgefüllt werden.

### **Interview mit den ProjektteilnehmerInnen**

**Das Interview mit dem/der ProjektteilnehmerIn diente dazu, mehr darüber zu erfahren, wie die TeilnehmerInnen ihre persönliche Lebenssituation und ihre Teilhabe an der Gesellschaft erfahren, wie sie ihre Kompetenzen einschätzen und welche Wünsche, Ziele und Bedürfnisse sie haben.**

Das Interview wurde den TeilnehmerInnen als Einzelsituation angeboten - mit der Option die Eltern oder andere Bezugspersonen einzubeziehen, wenn sie dies wollten.

Insgesamt wurden 39 TeilnehmerInnen-Interviews geführt. Die meisten Gespräche erfolgten in den Projekträumen und dauerten je nach Möglichkeiten der TeilnehmerInnen zwischen 15 Minuten und 1,5 Stunden. **6 TeilnehmerInnen** (zu diesem Zeitpunkt SchülerInnen einer PB-Schule in Wetzlar) führten das **Interview mit Hilfe der „Gestützten Kommunikation“ (FC)** und wurden dabei von ihrer Klassenlehrerin am Computer gestützt. Die Interview-Fragen wurden entweder verbal an die SchülerInnen gestellt oder direkt auf dem Computer für sie formuliert.

**Mit 23 wenig- oder nicht sprechenden TeilnehmerInnen konnte kein Interview geführt werden,** da diese TeilnehmerInnen über keine alternativen Kommunikationsmöglichkeiten verfügten (wie z.B. über Sprachcomputer, Bildkarten o.ä.) und sich nicht adäquat mitteilen konnten. Um über die persönliche Lebenssituation dieser TeilnehmerInnen mehr zu erfahren, wurden sie von TeammitarbeiterInnen an ihrer Arbeitsstelle / Tagesförderstätte oder in ihrem Wohnumfeld besucht. Bei diesen Treffen wurden in ihrem Beisein Gespräche mit den Eltern oder BetreuerInnen geführt, wobei der Fokus inhaltlich darauf gelegt wurde, gezielt nach den Wünschen, Interessen und Bedürfnissen dieser TeilnehmerInnen zu fragen, so wie sie dem Umfeld bekannt waren oder vermutet wurden und in welchen Bereichen es aus deren Sicht an Angeboten für diese TeilnehmerInnen fehlte.

### **Struktur der Interviews**

Nachdem sich die TeammitarbeiterInnen und die TeilnehmerInnen miteinander bekannt gemacht hatten, wurde als Erstes geklärt, ob die Inhalte und Ziele des Projektes von den TeilnehmerInnen verstanden worden waren. Die TeilnehmerInnen waren im Rahmen des Erstgesprächs gemeinsam mit ihren Eltern über die Projektinhalte und den Verlauf bereits informiert worden. Zu Beginn der Interviews wurde jedoch meist deutlich, dass sie, trotz der Erstinformation keine konkrete Vorstellung vom Projekt hatten. So wurde der erste Teil des Interviews in der Regel dazu genutzt, gemeinsam die Fragen der TeilnehmerInnen zum Projekt durchzusprechen und zu klären.

Um eine angenehme Gesprächsatmosphäre herzustellen, wurden die Interviews in der Regel so strukturiert, dass die TeammitarbeiterInnen zunächst einige allgemeine Fragen zur Person stellten (Wohnort, Arbeitsplatz, Urlaube o.ä.).

Es erwies sich günstig, gerade zu Beginn des Gesprächs ganz konkrete Fragen zu stellen, wie zum Beispiel nach der Gestaltung des persönlichen Tagesablaufs oder nach den Freizeitinteressen. Dies ermöglichte den TeilnehmerInnen über Dinge zu berichten, die ihnen geläufig waren und schnell ergaben sich aus diesen ersten Themen weitere Anknüpfungspunkte. Es wurde großer Wert darauf gelegt, die TeilnehmerInnen im Interview zu den einzelnen Themenbereichen nicht einfach „abzufragen“, sondern eine entspannte, ungezwungene Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in der sie den Raum fanden, über persönlich bedeutsame Inhalte in ihrem eigenen Tempo ungestört berichten zu können.

Je nach Möglichkeiten der TeilnehmerInnen wurden Fragen zu den folgenden Inhalten gestellt:

- Selbsteinschätzung zum „Verhalten in den 10 Lebensbereichen“ im Hinblick auf Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Kompetenzen, Vorlieben/Hobbies, aktuelle bzw. zukünftige Wohn-, Arbeits- und Freizeitsituation, Freundeskreis.
- Emotionales Befinden: Fragen zur Zufriedenheit hinsichtlich der aktuellen Lebenssituation (Tagesstruktur/ Wohnen/ Freizeitgestaltung).
- Persönliche „Wünsche, Ziele und Bedürfnisse“: Gibt es Bereiche oder spezielle Situationen, in denen der/die TeilnehmerIn Neues lernen oder ausprobieren möchte? Gibt es Bereiche oder Situationen, in denen der/die TeilnehmerIn selbstständiger werden oder ohne die Unterstützung von Anderen agieren möchte?

### **Erfahrungen zum Interview mit den ProjektteilnehmerInnen**

**Entgegen der Vermutungen einiger Eltern und BetreuerInnen haben sich fast alle TeilnehmerInnen dafür entschieden, das Interview mit den TeammitarbeiterInnen allein zu führen.**

Bei 6 Interviews, die, wie bereits erwähnt, mit Hilfe der Gestützten Kommunikation (FC) geführt wurden, war die StützerIn anwesend.

4 TeilnehmerInnen wurden auf deren Wunsch von ihren BetreuerInnen begleitet, um die verbale Kommunikation im Gespräch zu erleichtern.

Es entstand der Eindruck, dass für die meisten der TeilnehmerInnen die Gesprächssituation ohne die Anwesenheit der Eltern oder anderer Begleitpersonen zunächst ungewohnt war. So machten manche der TeilnehmerInnen in der Interview-Situation einen unsicheren, zurückhaltenden Eindruck und beantworteten die an sie gestellten Fragen sehr knapp oder ausschließlich mit „ja“ oder „nein“, ohne darüber hinaus in freier Form Informationen über sich mitzuteilen.

Bei einem Großteil der TeilnehmerInnen gestalteten sich die Gespräche nach einer gewissen „Anwärmphase“ jedoch lebendig und die TeilnehmerInnen berichteten entsprechend ihrer Möglichkeiten von ihrem Alltag, ihren Interessen, Wünschen und Vorstellungen. Viele äußerten nach dem Interview, dass es ihnen Spaß gemacht habe, von sich zu erzählen.

**Im Hinblick auf die Frage nach den persönlichen Wünschen, Zielen und Bedürfnissen der TeilnehmerInnen hinsichtlich ihrer Lebenssituation und möglicher IP-Inhalte wurden im Rahmen des Interviews folgende Erfahrungen gemacht:**

**Ungefähr zwei Drittel der interviewten TeilnehmerInnen berichteten zwar über ihre Aktivitäten und ihre Lebenssituation, konnten jedoch auf die Frage nach ihren Wünschen und Zielen spontan keine Angaben machen.**

Ungefähr ein Drittel der TeilnehmerInnen machte im Rahmen des Interviews konkrete Aussagen darüber, ob und in welchem Bereich sie Neues lernen oder ausprobieren wollen oder wie sie z.B. gerne ihre Freizeit gestalten würden. Häufig wurde „Langeweile nach der Arbeit“, der Wunsch abends „Freunde zu besuchen“ oder „in die Disco“ zu gehen geäußert. Eine TeilnehmerIn wollte gerne einen „Italienisch-Kurs“, eine andere einen „Photo-Kurs“ bei der Volkshochschule belegen.

**Vor der Durchführung der Interviews wurde von einigen Eltern und BetreuerInnen die Sorge geäußert, die TeilnehmerInnen könnten „unrealistische Wünsche“ äußern und enttäuscht reagieren, wenn diese Wünsche nicht erfüllt werden können. Entgegen dieser Befürchtung äußerten die TeilnehmerInnen in den Interviews durchweg sehr alltagsnahe Vorstellungen und Wünsche zur Teilhabe, wie zum Beispiel „mit dem Bus in die Stadt fahren“, „Schuhe binden“, „die Stadtbibliothek besuchen“ oder „ins Kino gehen“.**

Genannt werden sollen an dieser Stelle noch die Wünsche dreier TeilnehmerInnen, die in den Bereich des Freizeitvergnügens fielen und für sich sprechen: Eine Projektteilnehmerin äußerte den Wunsch, einmal mit einem Segelflugzeug zu fliegen, ein Teilnehmer schwärmte von der Vorstellung, seinen Urlaub in den USA verbringen zu können. Ein Teilnehmer, der zum Zeitpunkt des Interviews noch die Schule besuchte, wünschte sich eine Fahrt mit einem offenen Cabriolet durch seinen Heimatort.

Bei den Interviews zu den „Wünschen, Zielen und Bedürfnissen“, die stellvertretend mit den Eltern oder BetreuerInnen geführt wurden, wurden als Wünsche, Interessen oder Aktivitäten, die den TeilnehmerInnen „gut tun“ würden vor allem die Bereiche „Kommunikation“, „Teilhabe“ – in Form von Freizeitgestaltung und „Einzelbetreuung“ - genannt. Von vielen Eltern wurde als zusätzlicher Aspekt das „Lernen von Neuem“ angegeben.

**Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es für die TeilnehmerInnen mehrheitlich eine neue Erfahrung war, zu ihrer Lebenssituation, ihrer Geschichte sowie zu ihren Meinungen und Wünschen im Rahmen einer Einzelsituation konkret befragt zu werden. Die zentrale Stellung, die sie in den Interviews als Einzelpersonen einnehmen konnten, bot ihnen die Möglichkeit und den Raum, ihre ganz persönlichen Interessen und Bedürfnisse frei und unabhängig von ihrer gewohnten Rolle und ihrem gewohnten Umfeld darzustellen. Diese Gelegenheit, sich störungsfrei, im eigenen Tempo und mit den eigenen Ausdrucksmöglichkeiten darzustellen, wurde von vielen TeilnehmerInnen positiv erlebt und „für ihre Sache“ genutzt.**

**Jedoch nicht alle TeilnehmerInnen waren in der Lage, in einem ungewohnten Umfeld mit unbekannten Menschen spontan von sich zu berichten und darüber hinaus noch konkrete Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Gerade die unsicheren oder ängstlichen TeilnehmerInnen benötigten eine größere Vertrauensbasis, um sich öffnen zu können. Die Erfahrung aus den sich an die Diagnostische Phase anschließenden Individuellen Programmen zeigte, dass diese TeilnehmerInnen, nachdem sie Vertrauen zu ihren IP-BegleiterInnen gefasst hatten, sehr wohl über ihre Lebenssituation sowie über ihre Interessen**

**und Bedürfnisse berichteten. In vielen Fällen entwickelten diese sich aber auch erst auf der Basis der gleichberechtigten und vertrauensvollen Beziehung mit den IP-BegleiterInnen (vgl. hierzu Kapitel 6).**

**Für die Praxis lässt sich daraus schlussfolgern, dass für einen Teil der TeilnehmerInnen, - wenn nicht gar für alle, - das TeilnehmerInnen-Interview zu einem späteren Zeitpunkt in der vertrauten und sicheren Atmosphäre des Individuellen Programms in Anwesenheit der IP-BegleiterIn wiederholt werden sollte. Durch diese Vorgehensweise würde allen TeilnehmerInnen die Möglichkeit gegeben, detailliert von sich zu berichten.**

**Wenn „Personenzentriertheit, Selbstbestimmung und Teilhabe für Menschen mit geistiger Behinderung“ mehr als nur Worte sein sollen, und wenn es ein wirkliches Interesse daran gibt, mehr darüber zu erfahren, wie Menschen mit einer geistigen Behinderung ihre persönliche Lebenssituation, ihre Teilhabe an der Gesellschaft und ihre Wünsche, Ziele und Bedürfnisse empfinden und beschreiben, dann ist das persönliche Gespräch, abgestimmt auf das individuelle Tempo und die individuellen Ausdrucksmöglichkeiten der einzelnen Person unter den beschriebenen Bedingungen unabdingbar.**

### **Gespräche mit den BetreuerInnen**

Im Rahmen der **Umfeldbefragung** wurden, - unter aktiver Mitwirkung der TeilnehmerInnen bzw. bei nichtsprechenden TeilnehmerInnen in deren Anwesenheit, - Gespräche mit BetreuerInnen aus den verschiedenen Lebenswelten geführt (Wohnen / Tagesförderstätte / WfbM / Schule / ggf. TherapeutInnen). Um einen persönlichen Eindruck vom Lebensumfeld und des Verhaltens der TeilnehmerInnen in den verschiedenen Bereichen zu erhalten, wurden diese Gespräche in den Einrichtungen geführt.

Die Gespräche dauerten in der Regel zwischen 30 Minuten und 1 Stunde.

Aus Zeitgründen wurde auf die detaillierte Erhebung des Verhaltens in den 10 Lebensbereichen verzichtet und vorwiegend umfeldspezifische Fragen gestellt:

- allgemeine Informationen (u.a. Eintritt in die Einrichtung),
- Arbeitsverhalten, Motivation, Stärken, Interessen, Wünsche,
- Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Teilhabe,



- soziale Integration / emotionale Aspekte,
- Zukunftsperspektiven für den jeweiligen Lebensbereich aus Sicht der BetreuerInnen,
- Vorschläge für mögliche Inhalte für das Individuelle Programm aus Sicht der BetreuerInnen,
- einrichtungsgebundene Angebote (z.B. Kurse, Therapien o.ä.) sowie externe Freizeitangebote (z.B. VHS, Disco-Gruppen o.ä.),
- umfeldspezifische Fragen aus der ABS-RC:2 (viele Eltern konnten Fragen zur Situation in der WfbM nicht beantworten. Diese Informationen wurden dann in der Befragung mit der Werkstatt-BetreuerIn erhoben).
- Darüber hinaus wurden die InterviewpartnerInnen dazu befragt, ob sie über Kenntnisse hinsichtlich der Lebenssituation und des Verhaltens der TeilnehmerInnen in den anderen Lebensbereichen verfügen.

Im Rahmen der Umfeld-Gespräche erhielten die TeammitarbeiterInnen des Weiteren Kopien von Berichten, Zeugnissen oder Förderplänen der TeilnehmerInnen.

### **Erfahrungen zur Umfeldbefragung**

Alle Personen haben sich für die Interviews mit den TeammitarbeiterInnen viel Zeit genommen. Sie berichteten ausführlich für die nicht und wenig sprechenden TeilnehmerInnen bzw. legten im Dialog mit den verbalen TeilnehmerInnen gemeinsam die vom Team erfragten Inhalte dar.

Insbesondere die Eltern betonten häufig ihr großes Interesse an einer „aktuellen Bestandsaufnahme aus neutraler Sicht“.

Auffällig war, dass aus den unterschiedlichen Lebenswelten häufig nur wenig Kenntnisse voneinander vorlagen. So wussten z.B. die Eltern oder der Wohnbereich häufig nur wenig über die Arbeitssituation der TeilnehmerInnen und umgekehrt. Auch über die Anzahl wöchentlicher Therapiesitzungen (KG, Ergo, Logo u.ä.) sowie über die konkreten Inhalte der Therapien lagen in der Regel kaum Informationen vor.

### **Verhaltensinventar ABS-RC:2**

Das Verhaltensinventar **ABS-RC:2** wurde gemeinsam mit den Eltern oder einer Betreuerin des Bereichs Wohnen ausgefüllt und diente, wie bereits in Kapitel 5.1 näher erläutert, der ergänzenden Erhebung des adaptiven Verhaltens in den 10 Lebensbereichen sowie bestimmter Verhaltensweisen, welche Hinweise darauf geben können, ob bei einer Person möglicherweise Persönlichkeits-, bzw. Verhaltensauffälligkeiten vorliegen.

Die einzelnen Fragen wurden in der Regel dem/der InterviewpartnerIn vorgelesen und die Antworten von der TeammitarbeiterIn angekreuzt. Fragen aus den Bereichen der Tagesstruktur, die von den Eltern bzw. BetreuerInnen des Wohnbereiches nicht beantwortet werden konnten, wurden im Rahmen der Umfeldbefragung erfragt.

Die Erhebung der ABS-RC:2 nahm zwischen 1,5 und 3 Stunden in Anspruch.

### **Erfahrungen zur ABS-RC:2**

- Trotz der langen Bearbeitungszeit beantwortete ein Großteil der InterviewpartnerInnen ausführlich und geduldig alle Fragen der ABS-RC:2. Gerade bei den Eltern boten die sehr differenzierten Fragestellungen Anlass zu detaillierten Berichten über die vergangene und gegenwärtige Lebenssituation ihrer Töchter und Söhne. Hierbei wurde wiederholt deutlich, wie groß der Gesprächsbedarf der Angehörigen und auch bei einem Großteil der pädagogischen MitarbeiterInnen ist.

Sehr interessant waren die Einschätzungen zu den TeilnehmerInnen, wenn beide Elternteile bei der Abnahme der ABS-RC:2 anwesend waren. In den meisten Fällen schätzten Mütter und Väter ihre Kinder unterschiedlich ein und es entstanden sehr interessante und informative Gespräche.

Der Dialog zwischen den InterviewpartnerInnen über die reinen Fragestellungen hinaus bot dem Team einerseits die Möglichkeit, viele Informationen und Details über die TeilnehmerInnen zusammentragen zu können. Andererseits führte dies jedoch zu einer deutlichen Verlängerung der Bearbeitungszeit. **Aber auch unabhängig davon ist die im Handbuch der ABS-RC:2 angegebene Zeit von 15 bis 30 Minuten aus Projektsicht in der Praxis in keinem Fall als realisierbar anzusehen.**

Bei der Verwendung der ABS-RC:2 ergaben sich folgende konzeptuell kritische Aspekte:

- Der ABS-RC:2 liegt der „Assistenzgedanke“ zu Grunde. Dies hat zur Folge, dass das Handbuch (siehe Nihira u.a 1993, S.6) die Instruktion gibt, ein Item bzw. eine Fähigkeit auch dann als gegeben zu werten, wenn die Person dabei „verbal prompting“ (verbaler Hinweis) oder „reminding“ (Erinnern) benötigt. Die Formulierungen „with help“ oder „with assistance“ bei einzelnen Items bedeuten, dass hier direkte physische Unterstützung gegeben werden kann. Die von Item zu Item immer wieder unterschiedlichen Formulierungen führten gerade zu Beginn zu großen Schwierigkeiten im Verständnis der einzelnen Items und zu einer Verlängerung der Bearbeitungszeit. Des Weiteren muss dieser Aspekt bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.
- Die beiden unterschiedlichen Item-Formen bilden ebenfalls eine häufige Fehlerquelle, da sie sich in unstrukturierter Weise abwechseln. Bei der ersten Form sind die Antworten in 6 Level-Ebenen (z.B. von 0 bis 5) eingeteilt, wobei 0 jeweils ausdrückt, dass das angesprochene Verhalten bzw. die Fertigkeit von einer Person nicht gezeigt wird. Level 5 meint dagegen, dass die Fertigkeit oder das Verhalten vollständig gezeigt wird. Es darf jeweils nur eine Level-Ebene angekreuzt werden. Bei der zweiten Item-Form sind die einzelnen aufgeführten Aussagen alle jeweils mit „ja“ und „nein“ zu beantworten.

Hier zeigte sich, dass dieser Aufbau fehleranfällig ist, insbesondere auch deshalb, da die Mehrzahl der befragten Personen wenig Erfahrung mit der Beantwortung diagnostischer Fragebögen haben. Zusätzlich erschwert werden die Fragestellungen durch häufige Doppelverneinungen, die ebenfalls ein sehr hohes Fehlerpotenzial in sich bergen.
- Bei vielen Items traten auf der inhaltlichen Ebene Verständnisschwierigkeiten auf und es kam zu häufigen Nachfragen und ergänzenden Erläuterungen. Dies wirkte sich negativ auf die Durchführungsobjektivität aus. Verstärkt wurde dieses Problem durch fehlende ergänzende Erläuterungen zu den Items im Handbuch. Um dem entgegen zu wirken, wurden im Team Erläuterungen für unklar formulierte Items erstellt, die in der Folge für alle zur Orientierung dienten und die die Verwendung vereinheitlichen sollten. Hierdurch wurde ein Anhang zum Handbuch geschaffen, der nicht Teil der standardisierten amerikanischen Version ist.

- In manchen Fällen konnten Fragen nicht beantwortet werden, weil den Befragten die Informationen nicht vorlagen. Um die ABS in standardisierter Weise anzuwenden, müssen jedoch alle Fragen beantwortet und ausgewertet werden. Dies hat zur Folge, dass die nicht beantwortbaren Fragen entweder auf einer Vermutung basierend beantwortet werden oder sich für das Level entschieden wird, in dem das angesprochene Verhalten bzw. die Fertigkeit von der Person nicht gezeigt wird. In beiden Fällen kommt es zu einer Verfälschung der Auswertungsergebnisse und der Profilübersicht.
- Ähnliche Schwierigkeiten bereitete die Instruktion des Handbuches (S.6, Part One, 3.) für den ersten Teil der ABS-RC:2 Punkte anzuerkennen, „wenn die Sicherheit besteht, dass die entsprechenden Verhaltensweisen ohne zusätzliches Üben ausgeführt werden würden, wenn die Möglichkeit dazu gegeben wäre“. Eine solche Aussage kann und konnte nur in den wenigsten Fällen von den Befragten zuverlässig und sicher getroffen werden.
- An verschiedenen Stellen wurden kulturspezifische Einflüsse sichtbar, so z.B. im Bereich VI „Häusliche Aktivitäten“ Item 53. Hier sind die Unterpunkte nach ansteigender Schwierigkeit gestaffelt. Der Unterpunkt „can use microwave correctly to prepare a meal“ erhält dabei die höchste Punktzahl (4). Eine Person, die eine vollständige Mahlzeit mit Hilfe von Lebensmitteln in Dosen und der Verwendung eines Herdes zubereiten kann, bekommt dafür einen Punkt weniger.
- Im zweiten Teil der ABS-RC:2 wird deutlich, dass in nicht offener Weise nach verschiedenen Verhaltensweisen gefragt wird (z.B. Sexualität), sondern in eingeeengter Form in Richtung auffälligem bis pathologischem Verhalten. Dies entspricht der Zielsetzung der Autoren der ABS-RC:2, die mit Hilfe des 2. Teils eventuell vorliegende Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten bzw. –störungen feststellen wollen. **Es ist dringend zu empfehlen im Rahmen der Diagnostik eine Ergänzung vorzunehmen, in der in nicht pathologisierender, offener Weise nach verschiedenen Verhaltensaspekten gefragt wird. Es sollte also nicht nur, wie z.B. in den Items 25-28 nach auffälligem Sexualverhalten gefragt werden, sondern auch nach dem Umgang mit bzw. dem Interesse an Sexualität und Partnerschaft allgemein.**

**Trotz vielerlei Schwierigkeiten bietet die ABS-RC:2 eine gute Möglichkeit, in strukturierter Weise ein relativ umfassendes Bild der adaptiven Fähigkeiten und verschiedener Verhaltensweisen einer Person zu erhalten.**

**In abgewandelter Form kann die ABS-RC:2 als differenzierter Gesprächsleitfaden in einem diagnostischen Interview mit Eltern oder BetreuerInnen dienlich sein.**

**Ebenso können die Standardwerte in eine Profilabbildung umgesetzt und hier die Kompetenzen und Einschränkungen einer Person aufgezeigt werden.**

**Im Rahmen einer Diplomarbeit im Fach Psychologie wird derzeit an einer Kurzfassung der ABS-RC:2 gearbeitet. Diese kann dann auf Projektebene weiter erprobt werden.**

### **5.2.1.1 Zu den Ergebnissen der Anwendung der Adaptive Behavior Scale-Residential and Community (ABS-RC:2)**

*Dr. Monika Lang*

Wie aus Tabelle 5 zu entnehmen ist, wurde Daten zur ABS-RC:2 bei 57 von 63 TeilnehmerInnen erhoben. Die Gründe für die fehlenden Angaben zu den anderen sechs TeilnehmerInnen waren bei zwei Personen die insgesamt nicht abgeschlossene Diagnostische Phase, bei zwei weiteren gab es keinen für die Datenerhebung ausreichenden Kontakt zum sozialen Umfeld, bei einer Person wurden die Angaben zu dem projektinternen Fragebogen zu den zehn Lebensbereichen als hinreichend eingeschätzt und bei einem Teilnehmer mit Autismus wurden viele Items der ABS-RC:2 als nicht passend bewertet.

In den folgenden Abschnitten soll nun ein kurzer Überblick zur Ergebnisstruktur der Standardwerte der ABS-RC:2 der InDiPro–TeilnehmerInnen und den daraus ableitbaren Schlussfolgerungen gegeben werden.

Die ABS-RC:2 hat lt. Handbuch (vgl. ebd., 17) die Zielsetzung im Bereich des adaptiven Verhaltens (Teil I, zehn Domains) und der sozialen Kompetenzen (vorrangig Teil II, acht Domains) Aussagen über die relativen Stärken und Schwächen einer Person mit geistiger Behinderung zu ermöglichen (intrapersonale Ebene). Über die Ermittlung der Standardwerte können die Werte einer Person darüber hinaus auch mit denjenigen der Vergleichsstichprobe von us-amerikanischen Erwachsenen mit geistiger Behinderung von 1993 verglichen werden (interpersonale Ebene). Durch eine fortlaufende Datenerhebung in bestimmten zeitlichen Abständen kann auch ein Beitrag zur Beschreibung des Entwicklungsverlaufs einer Person in diesen Bereichen geleistet werden.

Auf der intrapersonalen Ebene ermöglicht die Angabe der Differenzwerte (vgl. Handbuch ABS-RC:2, Tab. 3.1 – 3.3 ,21) eine Aussage darüber, in welchem Maße sich die Standardwerte einer Person in den verschiedenen Domains unterscheiden müssen, damit mit einer gewissen statistischen Sicherheit (hier Signifikanzniveau  $P < .05$ ) von einer nicht zufälligen Differenz ausgegangen werden kann. Hier reicht also der Augenschein alleine, z.B. bei der Betrachtung der Profilkurve, nicht aus.

**Beispiel der inter- bzw. intrapersonalen Ebene eines Teilnehmers:**

Betrachtet man, zum Beispiel, die Standardwerte von Teilnehmer 8 in der Tabelle, so fällt eine besondere Heterogenität der Werte auf, allein wenn man die Angaben zu den zehn Domains bzw. Teilbereichen des ersten Teils berücksichtigt. So erreicht dieser Teilnehmer (um nur die niedrigsten und höchsten Werte anzuschauen) in den Bereichen IV. Sprachliche Entwicklung und II. Körperliche Entwicklung Standardwerte von 6 bzw. 7, die ausdrücken, dass seine Kompetenzen in diesen Teilbereichen im Vergleich zu anderen Erwachsenen mit geistiger Behinderung als „leicht unterdurchschnittlich“ einzustufen sind. Hingegen weist er in den Bereichen V. Zahlen und Zeitangaben, sowie IX. Vertrauenswürdigkeit mit einem Standardwert von 15 einen im Vergleich überdurchschnittlichen Wert auf. Mit einem Standardwert von 17 im Bereich VIII. Selbstausrichtung (Self-Direction) erreicht der Teilnehmer hier sogar die Einstufung „stark überdurchschnittlich“.

Möchte man nun eine Aussage dazu machen, ob sich diese Teilbereiche so weit unterscheiden, dass man bei diesen Bereichen von relativen Stärken bzw. Schwächen dieser Person sprechen kann, so benötigt man die Tab. 3.1 (vgl. Handbuch ABS-RC:2, 21). Aus ihr lässt sich entnehmen, dass die Standardwerte der beiden Bereiche IV. und V. lediglich eine Differenz von 2 aufweisen müssen, damit auch im statistischen Sinne von einem nicht zufälligen Unterschied gesprochen werden kann.

Da bei diesem Teilnehmer ein Unterschiedswert von 9 vorliegt, kann allein hieraus schon abgeleitet werden, dass es sich hier um besonders deutliche Bereiche der relativen Stärke bzw. Schwäche im Gesamtbereich des adaptiven Verhaltens handelt.

Auf diese Weise können nun die gesamten Werte einer Person der verschiedenen Bereiche der Teile I bzw. II miteinander verglichen werden, um so zu einer ersten Beschreibung der relativen Stärken und Schwächen in den Bereichen des adaptiven Verhaltens und der sozialen Kompetenz zu gelangen.

Eine weitergehende inhaltliche Analyse derjenigen Faktoren, die diese Strukturen unter Umständen mit verursacht haben bzw. sie aufrechterhalten, kann oder sollte sich hier anschließen.

Aus der Zusammenschau mit weiteren diagnostischen Informationen können auf dieser Basis die Unterstützungsbedürfnisse und mögliche Ansatzpunkte für ein Bildungsprogramm im Bereich des adaptiven Verhaltens näher beschrieben werden.

Betrachtet man sich die Ergebnisstruktur aller 57 TeilnehmerInnen, von denen Werte zum ABS-RC:2 vorliegen, so kann man auf der Basis des Teil I, des adaptiven Verhaltens, feststellen, dass

- 26 von 57 TeilnehmerInnen in zwei oder mehr Bereichen einen Standardwert von 7 oder niedriger aufweisen
- 20 von 57 TeilnehmerInnen in zwei oder mehr Bereichen einen Standardwert von 15 oder höher aufweisen
- 11 von 57 TeilnehmerInnen Standardwerte aufweisen, die alle zwischen 8 und 14 liegen

**Hieraus lässt sich u.a. die vorsichtige Schlussfolgerung ziehen, dass die TeilnehmerInnenstichprobe bei InDiPro im Bereich des adaptiven Verhaltens als durchaus besonders heterogen beschrieben werden kann.**

So haben hier z.B. 20 TeilnehmerInnen Kompetenzen in zwei oder mehr Bereichen, die als „überdurchschnittlich“ eingestuft werden und die im Vergleich nur von ca. 9% der Erwachsenen mit geistiger Behinderung aus der Normierungsstichprobe von 1993 erreicht werden.

Ebenso weisen 26 TeilnehmerInnen in zwei oder mehr Bereichen Standardwerte auf, die zumindest als „leicht unterdurchschnittlich“ einzuschätzen sind; Werte die wiederum von ca. 25% der Erwachsenen mit geistiger Behinderung der Vergleichsstichprobe geteilt werden.

Abschließend ist es wichtig, auf zwei Faktoren hinzuweisen, die im Rahmen der Durchführung der ABS-RC:2 zu einem eher zurückgenommenen Umgang mit den Ergebnissen geführt haben und die bei der Einschätzung der Ergebnisstrukturen zu berücksichtigen sind:

- Teilweise können sich höhere Werte dadurch ergeben, dass bei der ABS-RC:2 die Regel gilt, dass eine Teilkompetenz des adaptiven Verhaltens als gegeben



gewertet werden kann, auch dann, wenn der/die TeilnehmerIn dieses Verhalten nur **mit verbaler Unterstützung** zeigen kann.

- Durch die erneute Überarbeitung der Übersetzung im Team (wegen erheblicher Übersetzungsmängel) und durch die intern erstellten Erläuterungen zu den einzelnen Items für die verschiedenen AnwenderInnen, gab es hier teilweise bei einzelnen Items unterschiedliche Bewertungen in der ersten Anwendungsphase im Vergleich zu der später (im 2. Jahr) abgenommenen ABS-RC:2.

Vor allem der teilweise zu Beginn nicht so stark berücksichtigte Aspekt der verbalen Unterstützung dürfte teilweise bei diesen TeilnehmerInnen zu im Vergleich mit der späteren Projektphase niedrigeren Bewertungen bei einzelnen Items bzw. Domains geführt haben.

**Dennoch dürfte sich, auch unter Berücksichtigung dieses Effekts, das Gesamtbild der besonders heterogenen TeilnehmerInnengruppe im Bereich der adaptiven Kompetenzen, nicht wesentlich verändern.**

			Standard Scores																	
	Alter bei Projekteintritt	Geschlecht	I. Selbstständigkeit	II. Körperliche Entwicklung	III. Ökonomische Aktivitäten	IV. Sprachliche Entwicklung	V. Zahlen und Zeitangaben	VI. Häusliche Aktivitäten	VII. Vorberufliche/ Berufliche Aktivitäten	VIII. Selbststeuerung	IX. Verantwortung	X. Soziale Kompetenz	XI. Sozialverhalten	XII. Anpassung	XIII. Vertrauenswürdigkeit	XIV. Stereotypes und hyperaktives Verhalten	XV. Sexualverhalten	XVI. Selbstschädigendes Verhalten	XVII. Soziales Einlassen	XVIII. Beunruhigendes / störendes zwischenmenschliches Verhalten
1	17	m	12	14	7	11	9	9	11	12	11	14	13	13	11	14	12	13	12	9
2	22	m	8	12	6	3	6	9	10	7	6	5	13	11	12	15	9	11	13	13
3	33	m	9	11	7	4	6	14	11	11	8	10	12	11	11	11	11	10	12	13
4	35	w	7	7	7	4	6	6	8	8	6	9	13	13	12	14	12	13	12	12
5	23	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	19	w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	23	m	10	13	7	6	6	9	9	7	9	8	13	8	9	10	12	10	10	12
8	20	m	11	7	9	13	15	6	13	17	15	13	11	10	11	10	12	11	13	11
9	18	w	10	13	6	14	10	9	9	11	6	12	13	13	12	16	12	12	12	12
10	23	m	16	16	7	11	9	13	12	17	14	14	13	13	12	15	11	13	12	9
11	21	m	18	16	16	14	16	18	14	17	14	14	13	13	12	16	12	13	13	13
12	19	w	13	13	10	16	14	12	13	15	15	13	15	12	12	14	12	12	12	11
13	27	m	8	12	7	4	6	8	6	8	6	9	13	9	10	14	12	8	10	11
14	26	m	8	16	6	6	6	5	7	7	5	9	14	13	12	11	12	13	13	13
15	27	w	15	16	6	16	15	14	10	17	13	16	14	13	12	15	12	13	13	13

Wohnform			Tagesstruktur			
bei Eltern	Wohnstätte	Betreutes Wohnen	Schule	WfbM	Tagesförderstätte	Außenarbeitsplatz
x			x			
	x				x	
	x				x	
	x				x	
x				x		
x			x			
	x			x		
x				x		
	x			x		
		x				x
x			x			
	x				x	
	x			x		
x				x		

			Standard Scores																		Wohnform			Tagesstruktur			
	Alter bei Projekteintritt	Geschlecht	I. Selbstständigkeit	II. Körperliche Entwicklung	III. Ökonomische Aktivitäten	IV. Sprachliche Entwicklung	V. Zahlen und Zeitangaben	VI. Häusliche Aktivitäten	VII. Vorberufliche/ Berufliche Aktivitäten	VIII. Selbststeuerung	IX. Verantwortung	X. Soziale Kompetenz	XI. Sozialverhalten	XII. Anpassung	XIII. Vertrauenswürdigkeit	XIV. Stereotypes und hyperaktives Verhalten	XV. Sexualverhalten	XVI. Selbstschädigendes Verhalten	XVII. Soziales Einlassen	XVIII. Beunruhigendes / störendes zwischenmenschliches Verhalten	bei Eltern	Wohnstätte	Betreutes Wohnen	Schule	WfbM	Tagesförderstätte	Außenarbeitsplatz
16	21	w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		x			x		
17	37	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		x				x	
18	23	w	14	10	9	15	15	13	10	13	15	12	13	13	12	15	10	13	13	12	x				x		
19	30	m	10	14	8	10	8	10	10	9	7	10	13	10	7	9	9	9	13	9		x			x		
20	20	w	16	16	11	12	11	16	14	18	14	15	13	11	12	16	12	12	10	12	x				x		
21	19	m	11	15	12	15	16	11	12	13	13	13	7	9	12	12	12	7	6	7	x			x			
22	35	w	4	6	6	9	10	5	7	11	7	14	14	13	12	15	12	13	13	13	x					x	
23	27	m	9	12	7	11	10	11	11	13	14	12	7	11	12	6	11	7	12	10		x			x		
24	25	m	13	14	9	13	14	12	13	14	14	14	13	13	12	10	12	9	12	11	x				x		
25	27	m	16	15	17	16	16	14	13	15	13	13	13	11	12	13	12	13	11	10	x				x		
26	25	w	4	7	6	2	6	5	8	4	5	4	14	13	12	11	12	13	10	13	x					x	
27	18	w	8	12	7	11	9	11	10	15	9	11	11	7	11	8	10	13	8	6	x			x			
28	19	m	10	12	7	7	10	10	10	10	14	12	11	11	10	11	12	8	10	13	x				x		
29	28	m	11	13	11	10	10	16	7	11	9	9	7	8	9	15	12	13	10	10		x			x		
30	14	m	11	12	6	16	6	9	10	12	9	10	13	10	12	14	12	13	13	9	x			x			

			Standard Scores																		Wohnform			Tagesstruktur			
	Alter bei Projekteintritt	Geschlecht	I. Selbstständigkeit	II. Körperliche Entwicklung	III. Ökonomische Aktivitäten	IV. Sprachliche Entwicklung	V. Zahlen und Zeitangaben	VI. Häusliche Aktivitäten	VII. Vorberufliche/ Berufliche Aktivitäten	VIII. Selbststeuerung	IX. Verantwortung	X. Soziale Kompetenz	XI. Sozialverhalten	XII. Anpassung	XIII. Vertrauenswürdigkeit	XIV. Stereotypes und hyperaktives Verhalten	XV. Sexualverhalten	XVI. Selbstschädigendes Verhalten	XVII. Soziales Einlassen	XVIII. Beunruhigendes / störendes zwischenmenschliches Verhalten	bei Eltern	Wohnstätte	Betreutes Wohnen	Schule	WfbM	Tagesförderstätte	Außenarbeitsplatz
31	17	w	6	8	6	9	14	7	8	9	11	12	7	9	8	6	5	5	10	11		x		x			
32	25	w	4	6	6	3	6	5	8	4	5	4	14	13	12	11	12	8	13	13	x					x	
33	15	m	11	15	7	12	10	9	9	11	8	13	11	11	10	11	11	13	10	9	x			x			
34	18	m	13	16	8	12	10	12	12	15	11	11	11	11	9	13	12	13	12	10		x		x			
35	26	m	13	14	9	15	15	10	9	15	11	11	11	11	12	9	9	10	12	7		x			x		
36	27	w	16	16	12	12	12	15	13	15	12	13	12	13	12	12	11	13	13	9		x					x
37	15	m	11	15	7	12	15	12	9	7	10	12	9	11	9	9	9	13	11	10		x		x			
38	27	m	17	16	14	16	13	15	14	18	15	14	11	11	12	14	10	11	9	6	x				x		
39	17	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x				x		
40	18	w	11	12	7	13	10	11	12	13	10	14	13	13	12	16	12	13	13	13	x			x			
41	31	w	6	8	6	2	6	5	8	5	8	7	14	13	12	11	12	13	13	13	x					x	
42	21	m	14	16	12	14	11	13	12	16	13	16	12	12	11	15	12	13	13	12	x				x		
43	30	w	7	6	6	12	14	5	6	12	14	13	13	12	12	14	12	13	11	13	x					x	
44	25	w	6	11	6	7	10	5	6	9	5	8	14	13	10	9	12	7	9	11		x				x	
45	24	m	9	11	6	6	6	8	10	10	6	10	13	11	12	9	10	12	6	11	x				x		

			Standard Scores																		Wohnform			Tagesstruktur			
	Alter bei Projekteintritt	Geschlecht	I. Selbstständigkeit	II. Körperliche Entwicklung	III. Ökonomische Aktivitäten	IV. Sprachliche Entwicklung	V. Zahlen und Zeitangaben	VI. Häusliche Aktivitäten	VII. Vorberufliche/ Berufliche Aktivitäten	VIII. Selbststeuerung	IX. Verantwortung	X. Soziale Kompetenz	XI. Sozialverhalten	XII. Anpassung	XIII. Vertrauenswürdigkeit	XIV. Stereotypes und hyperaktives Verhalten	XV. Sexualverhalten	XVI. Selbstschädigendes Verhalten	XVII. Soziales Einlassen	XVIII. Beunruhigendes / störendes zwischenmenschliches Verhalten	bei Eltern	Wohnstätte	Betreutes Wohnen	Schule	WfbM	Tagesförderstätte	Außenarbeitsplatz
46	17	m	12	16	8	14	15	11	12	16	15	15	14	12	12	14	12	13	11	13	x			x			
47	33	w	11	14	9	10	8	12	11	9	10	9	9	11	10	7	10	11	6	8		x			x		
48	18	w	12	15	7	10	8	13	10	9	12	8	7	8	10	5	6	5	11	6	x				x		
49	21	m	11	14	13	12	13	10	14	13	13	10	12	10	12	10	11	11	11	7	x				x		
50	31	w	7	10	6	1	6	6	6	3	4	7	12	12	12	8	11	9	6	13		x				x	
51	18	m	6	6	6	3	6	5	8	7	6	10	14	12	12	13	12	13	13	12	x			x			
52	36	m	6	7	7	6	5	3	3	13	9	8	13	13	12	15	12	11	6	11		x				x	
53	18	m	11	13	8	12	12	11	-	13	14	12	14	13	12	16	12	13	13	13	x				x		
54	15	w	8	15	6	4	7	10	8	11	10	12	13	11	12	12	12	12	11	12		x			x		
55	19	m	12	13	12	15	16	10	12	14	14	13	12	11	12	14	12	13	12	11	x				x		
56	20	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x				x		
57	20	m	15	15	12	15	16	11	14	14	13	12	13	12	12	16	15	13	10	13		x			x		
58	15	m	8	7	7	10	9	8	9	13	12	13	13	13	12	16	12	13	12	13	x				x		
59	24	w	13	14	7	12	10	16	13	15	15	12	14	13	12	13	12	13	12	12	x				x		
60	22	m	18	16	14	13	14	17	14	17	15	12	12	13	11	12	12	12	9	13			x		x		

			Standard Scores																		Wohnform			Tagesstruktur			
	Alter bei Projekteintritt	Geschlecht	I. Selbstständigkeit	II. Körperliche Entwicklung	III. Ökonomische Aktivitäten	IV. Sprachliche Entwicklung	V. Zahlen und Zeitangaben	VI. Häusliche Aktivitäten	VII. Vorberufliche/ Berufliche Aktivitäten	VIII. Selbststeuerung	IX. Verantwortung	X. Soziale Kompetenz	XI. Sozialverhalten	XII. Anpassung	XIII. Vertrauenswürdigkeit	XIV. Stereotypes und hyperaktives Verhalten	XV. Sexualverhalten	XVI. Selbstschädigendes Verhalten	XVII. Soziales Einlassen	XVIII. Beunruhigendes / störendes zwischenmenschliches Verhalten	bei Eltern	Wohnstätte	Betreutes Wohnen	Schule	WfbM	Tagesförderstätte	Außenarbeitsplatz
61	14	m	15	14	8	12	11	14	12	13	13	13	14	13	12	13	12	13	10	13	x			x			
62	15	w	14	15	11	13	13	14	11	13	15	12	13	13	12	16	12	13	9	10	x			x			
63	19	w	5	4	6	5	7	5	8	6	8	12	14	13	12	16	12	13	13	13		x		x			

**Tabelle 5 Standardwerte ABS-RC:2**

Standard Scores	Descriptive Ratings	
17-20	Very Superior	zu 5) es lagen keine ausreichenden Informationen von Seiten des Umfeldes vor
15-16	Superior	zu 6) Diagnostik wurde von Seiten der Eltern nicht zum Abschluss geführt
13-14	Above Average	zu 16) Es wurden ausreichend Informationen über den projektinternen Fragebogen zu den 10 Lebensbereichen und dem Verhalten erfragt
8-12	Average	zu 17) Kompetenzen und Verhalten des/der TeilnehmerIn konnten mit Hilfe der ABS-Fragestellungen nicht erfasst werden (Autismus)
6-7	Below Average	zu 39) es lagen keine ausreichenden Informationen von Seiten des Umfeldes vor
4-5	Poor	zu 56) Diagnostik wurde von Seiten der Eltern nicht zum Abschluss geführt
1-3	Very Poor	

### **5.2.2 Medizinische Diagnostik**

*Prof. Dr. Gerhard Neuhäuser*

Die körperlichen, neurologischen und psychiatrischen Befunde wurden einheitlich in einem Formblatt dokumentiert (siehe Neuhäuser und Steinhausen 2003), wobei auch Vorgaben aus dem entsprechenden Bogen des israelischen Projekts berücksichtigt sind. Meistens erfolgte die Untersuchung im Beisein der Eltern oder von Betreuern und Erziehern in einem gesonderten Raum mit wenig ablenkendem Inventar, gelegentlich im Gruppenraum der Tagesförderstätte. Für die Fragen zur Vorgeschichte (medizinische Anamnese) und zur Befunderhebung waren etwa 50 bis 60 Minuten erforderlich. Das Verhalten der ProjektteilnehmerInnen während der Untersuchung wurde protokolliert, um es später mit dem in anderen Situationen zu vergleichen; sofern es erforderlich schien, wurden auch Beobachtungen notiert, die sich auf die Begleitpersonen bezogen.

#### **Ursache der Behinderung (Tabelle 6)**

Bei 12 von 63 Projektteilnehmern (PT) (19%) war ein Down-Syndrom mit Trisomie 21, bei 10 (16%) eine andere chromosomale oder genetische Störung bekannt, bei 11 (17%) wurde eine familiäre Disposition angenommen, da von einer Behinderung in der näheren oder weiteren Verwandtschaft zu erfahren war. Hinweise auf pränatal einwirkende exogene Ursachen gab es bei 8 (13%), auf Geburtskomplikationen oder eine schwere Erkrankung in den ersten Lebensmonaten bei 17 (27%); dreimal (5%) hatte eine später entstandene Schädigung zur Behinderung geführt. Bei 2 Projektteilnehmern (3%) war ein frühkindlicher Autismus Kanner diagnostiziert worden; „autistic spectrum disorder“ wurde nach der Verhaltensbeobachtung bei 12 (19%) der übrigen 61 zusätzlich vermerkt. Es fehlt eine Diagnosegruppe „unklare Ätiologie“, die in vergleichbaren Statistiken mit einer Häufigkeit von etwa 20 bis 30% aufgeführt ist (Stromme und Hagberg 2000). Dies liegt daran, dass alle anamnestischen Hinweise gewertet wurden, auch wenn sie nicht eindeutig zu objektivieren waren, z.B. die Angabe einer Behinderung bei Familienangehörigen oder von Komplikationen während der Schwangerschaft und/oder bei der Geburt. Die ursprüngliche Diagnose der PT, soweit sie den Eltern oder aus Berichten bekannt war, musste nur selten revidiert werden (einmal war die Diagnose Cornelia de Lange-Syndrom nicht zu bestätigen; einmal wurde ein Klinefelter-Syndrom vermutet

bzw. ein Tourette-Syndrom festgestellt). Es war nicht möglich, wäre jedoch wünschenswert gewesen, im Rahmen des Projekts neue Untersuchungsverfahren, wie bildgebende Diagnostik oder molekular-genetische Analysen zum Überprüfen bzw. Klären der Ätiologie einzusetzen.

### **Mehrfachbehinderung**

Eine Beeinträchtigung von Sinnesfunktionen konnte nur durch Angaben seitens der Begleitpersonen ermittelt werden; objektive Seh- oder Hörprüfungen waren im Rahmen des Projekts nicht möglich, sie wurden aber, sofern erforderlich, zeitnah veranlasst. Entsprechende Hinweise betrafen vor allem das visuelle System (Brechungsfehler, Schielen, Nystagmus bei 40%), seltener Hören und taktile Perzeption. Sprachliche Auffälligkeiten (von fehlender Sprachentwicklung bis zu Sprechstörungen, vor allem Dyslalie und Dysgrammatismus) kamen häufig vor (82%), ebenso psychische Beeinträchtigungen (deutliche Verhaltensauffälligkeiten, psychotische Symptome bei 51%). Eine spastische Tetraparese wurde bei 9, eine Hemiparese bei 2 Projektteilnehmern (zusammen 17%) diagnostiziert, 13 (21%) waren weitgehend oder vollständig auf einen Rollstuhl angewiesen, meist infolge einer Cerebralparese.

Wegen noch aktiver Epilepsie erfolgte bei 12 Projektteilnehmern (19%) eine antikonvulsive Behandlung, Anfälle traten meist in größeren Abständen, nur zweimal relativ oft auf; bei 6 (9%) waren sie seit Jahren nicht mehr vorkommen. Die Häufigkeit der Epilepsie mit 28% entspricht den Angaben vergleichbarer Untersuchungen (Steffenburg et al. 1995). Über den Umgang mit Anfällen wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die individuelle Programme durchführten, allgemein und individuell beraten; durch Anfälle bedingte Krisensituationen kamen im Verlauf des Projekts nicht vor.

Als somatischer Befund wurde vor allem Übergewicht registriert (Adipositas bei 30%), seltener Herz-Kreislaufprobleme (angeborene Herzfehler, Hypertonie) oder Verdauungsbeschwerden; bei je einem Projektteilnehmer wurde eine Leistenhernie bzw. ein unklarer Tumor, bei mehreren eine Funktionsstörung der Schilddrüse diagnostiziert, weshalb dann weitere Untersuchungen veranlasst wurden. Muskelhypotonie trat besonders im Zusammenhang mit Down-Syndrom, nur einmal isoliert auf. Orthopädische Auffälligkeiten (84%) betrafen vor allem die Füße (Senk-,



Spreiz-, Platt-, Knickfüße), aber auch Wirbelsäule (Skoliose) und große Gelenke (Kontrakturen).

Das Gebiss war oft sanierungsbedürftig; bei 23 Projektteilnehmern (36%) wurden deutliche Zahnfehlstellungen beobachtet, bei 10 (16%) ausgeprägte Karies und Paradontose (Tabelle 6 und 7).

Insgesamt handelt es sich um gesundheitliche Probleme, die auch von anderen Untersuchungen bei Menschen mit geistiger Behinderung bekannt sind (Neuhäuser und Steinhausen 2003) und auf die im Verlauf der Entwicklung besonders zu achten ist.

<b>Diagnose</b>	Trisomie 21	<b>12</b>	<b>19,0%</b>
	Andere genetische Syndrome	10	15,9%
	Familiäre Disposition	11	17,5%
	Pränatale Ursache	8	12,7%
	Peri- und früh postnatale Störung	<b>17</b>	<b>27,0%</b>
	Später entstandene Schädigung	3	4,8%
	Frühkindlicher Autismus Kanner	2	3,2%
	Autistisches Verhalten (zusätzlich)	12	19%

<b>Beeinträchtigung</b>	auditiv	3	4,8%
	taktil	1	1,6%
	visuell	<b>25</b>	<b>39,7%</b>
	sprachlich	<b>52</b>	<b>82,5%</b>
	psychisch	<b>32</b>	<b>50,8%</b>
	körperlich (Tetra- u. Hemiparese; 9/2)	11	17,5%
	Rollstuhl (ständig/teilweise; 10/3)	13	20,6%

<b>Epilepsie</b>	noch Anfälle	<b>12</b>	<b>19,0%</b>
	seit Jahren anfallsfrei	6	9,5%

<b>Chronische Erkrankung</b>	Innere Organe (Herz, Darm etc.)	15	23,8%
	Adipositas	<b>19</b>	<b>30,1%</b>
	Neuromuskuläre Störung	4	6,3%
	Orthopädische Störung	<b>53</b>	<b>84,1%</b>
	Zahnfehlstellungen	23	36,5%
	Karies, schadhaftes Gebiss	10	15,9%

**Tabelle 6 Medizinische Ergebnisse**

[illegible]



[illegible]

Nr.			genetische Syndrome			exogene Ursachen				Beeinträchtigung					Körperliche Beeinträchtigung				Epilepsie		Chronische Erkrankungen				Zähne	
	Alter	Geschlecht	Trisomie 21	Andere	Familiäre Disposition	Pränatal	peri- und früh postnatal	später (Schädel-Hirn-Trauma / Herzstillstand)	Autism spectrum disorder	auditiv	taktil	visuell	Sprache und Sprechen	psychisch	Tetraparese	Hemiparese	immer auf Rollstuhl angewiesen	teilw. auf Rollstuhl angewiesen	nicht anfallsfrei	Anfallsfrei seit Jahren	Innere Organe	Adipositas	Neuromuskulär / Hypotonie	Orthopädisch	Fehlstellung	Parodontose /Karies
49	21	m		x								x								x				x		
50	31	w			x				x			x	x	x						x		x		x		x
51	18	m	x										x	x	x		x			x	x			x		
52	36	m					x					x	x	x		x	x		x			x		x		x
53	18	m			x						x	x	x											x		
54	15	w							x			x	x	x										x	x	
55	19	m		x									x										x	x	x	
56	20	m				x			x				x	x					x					x		
57	20	m						x						x							x	x				
58	15	m					x						x	x	x		x							x		
59	24	w					x						x	x											x	
60	22	m				x						x	x	x											x	
61	14	m					x					x												x		
62	15	w	x									x	x									x	x	x		
63	19	w					x					x	x		x		x		x					x	x	

Tabelle 7 Medizinische Untersuchung

**Konsequenzen der medizinischen Diagnostik**

Aufgrund der erhobenen Befunde waren Empfehlungen zur Behandlung oder speziellen Förderung zu formulieren und dann nach Abstimmung im Team beim Diagnostik-Abschlussgespräch zu übermitteln. Es war ersichtlich, dass viele Eltern eine „zweite Meinung“ und die Revision der Diagnose bzw. eine aktuelle Befunderhebung begrüßten, dass auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen gern die Möglichkeit wahrnahmen, neue medizinische Informationen über die von ihnen betreuten Menschen mit Behinderung zu erhalten.

Soweit erforderlich wurde Kontakt zu behandelnden Ärzten aufgenommen, um genauere Angaben über spezielle oder aktuelle Probleme zu bekommen. Falls gewünscht, erhielten die Haus- oder Fachärzte einen Bericht bzw. wurden um die Überweisung zu einer Spezialuntersuchung (Sehen, Hören, Zahnsanierung) oder um die notwendige Verordnung von Therapiemaßnahmen (Ergotherapie, Logopädie usw.) gebeten.

Als schwierig erwies sich die Realisierung einer zur Sicherung der Diagnose bzw. zur speziellen Behandlung als notwendig angesehenen Einweisung in eine Psychiatrische Klinik (im Einzugsgebiet gibt es eine spezielle Abteilung für Menschen mit geistiger Behinderung nur am Psychiatrischen Krankenhaus in Marburg-Cappel). Es sollte sichergestellt werden, dass psychotische Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung angemessen mit Psychopharmaka behandelt werden, wie andererseits zu verhindern ist, dass bei Verhaltensproblemen vorschnell Medikamente, zum Beispiel Neuroleptica gegeben werden. Oft war das Wissen um deren Wirkung und Bedeutung bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Einrichtungen relativ gering, was zu falschen Erwartungen führte. Es muss deshalb vermittelt werden, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit schwerer Behinderung vielfach nicht eindeutig zu erklären sind und eine sorgfältige Beobachtung erfordern, damit dann individuell am besten geeignete pädagogische oder aber auch psychopharmakologische Maßnahmen zu planen und durchzuführen sind.

Die Notwendigkeit einer kontinuierlichen kompetenten hausärztlichen Betreuung bzw. von regelmäßigen präventiven Untersuchungen im Rahmen eines betriebsärztlichen Dienstes in der WfbM wird aus den Ergebnissen ersichtlich. In der Familie lebende Projektteilnehmer waren offenbar besser medizinisch versorgt, als die in Einrichtungen, abhängig allerdings vom jeweiligen „Gesundheitsbewusstsein“ ihrer Umgebung.

**In diesem Bereich sind dringend Verbesserungen nötig, auch bezüglich der Koordination erforderlicher Maßnahmen zur Sicherung körperlicher und seelischer Gesundheit.** Die Forderungen der Fachverbände (2001) sind deshalb nach den Erfahrungen aus dem Projekt zu bekräftigen. Trotz entsprechender Bemühungen wurden von Eltern oder Betreuern die übermittelten medizinischen Empfehlungen nur selten vollständig und zeitgerecht umgesetzt. Welche Aufgaben dabei Integrationsämter oder andere Koordinationsstellen bzw. ein Case-Management übernehmen könnten, ist noch weitgehend unklar; **wichtig erscheint in diesem Zusammenhang aber auch, dass präventive Strategien formuliert und konsequent umgesetzt werden.**

### **Bemerkungen zum Projekt**

Die ärztliche Untersuchung hat sich als eine wichtige Voraussetzung für die Planung des individuellen Programms erwiesen. Mit dem aktuellen körperlichen, neurologischen und psychiatrischen Befund wurde ein Beitrag zur interdisziplinären Diagnose geleistet. Die ursprüngliche Diagnose musste zwar nur selten revidiert werden, es zeigten sich aber immer wieder entwicklungsbedingte Veränderungen bzw. aktuelle Befunde, die dann unmittelbar Konsequenzen hatten und Behandlung erforderten. Die ärztliche Untersuchung wurde von allen am Projekt Teilnehmenden als wichtiger Teil der Diagnostischen Phase erlebt; vielfach konnten besondere Feststellungen sofort erörtert und erläutert werden, was sich als günstig für die später gegebenen Empfehlungen erwies. Die Dokumentation hat sich bewährt, kann aber einen eigenen Bericht nicht ersetzen.

Oft war schwierig, frühere Berichte einzusehen; sie waren nicht vorhanden oder unzugänglich bzw. unvollständig und unübersichtlich. **Es sollte deshalb durch eine einheitliche Dokumentation möglich werden, die wichtigsten Daten zum Entwicklungsverlauf und über die bei verschiedenen Untersuchungen erhobenen Befunde verfügbar zu haben.** Es wäre dann auch besser zu entscheiden, welche Befunde zu kontrollieren sind bzw. mit modernen Methoden überprüft werden sollten. Die Indikation dazu muss allerdings davon bestimmt werden, welche Konsequenzen für das Individuelle Programm absehbar sind.

**Bezüglich der psychiatrischen Diagnostik ist eine enge Zusammenarbeit mit Fachpraxen bzw. geeigneten ambulanten und stationären Einrichtungen erforderlich.** Damit müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, psychische

Störungen bei Menschen mit Behinderung („dual diagnosis“) frühzeitig zu erkennen und angemessen zu behandeln (Fachverbände 2001); dies setzt nicht selten eine stationäre Maßnahme mit ausreichend langer Beobachtung unter günstigen äußeren Bedingungen voraus.

Für Menschen mit geistiger Behinderung, die in Wohneinrichtungen leben und/oder in der WfbM arbeiten, sollte in einer übersichtlichen, vergleichbaren medizinischen Dokumentation die wesentlichen Befunde festgehalten und auf mögliche Komplikationen, vor allem aber auch notwendige präventive Maßnahmen hingewiesen werden. Dabei müssen Haus- und Fachärzte, die von den Familien aufgesucht werden, eng mit den Ärzten zusammenarbeiten, die Einrichtungen betreuen.



### **5.2.3 Psychologische Diagnostik**

*Andrea Pahlich*

#### **Die psychologische Diagnostik in Israel**

Wie unter Punkt 5.1. erwähnt, soll in Israel die psychologische Testsitzung eine Aussage darüber machen können, ob bei der zu untersuchenden Person eine kognitive Beeinträchtigung ( $IQ < 70$ ) vorliegt. Dies wird vorzugsweise mit der hebräischen Version der Wechsler Adult Intelligence Scale Revised (WAIS-III R) bestimmt.

Zum anderen soll im psychologischen Bericht - wenn möglich - Bezug genommen werden auf folgende Aspekte A-C (Übersetzung aus dem Hebräischen):

#### **A. Beobachtung**

- äußeres Erscheinungsbild, körperliche Auffälligkeiten, Sinnesorgane
- Kooperation mit dem/der Psychologen/in
- Sprachgebrauch/Kommunikation
- Verhalten während der Testsitzung (unterschiedliches Verhalten bei der Präsentation von unterschiedlichem Testmaterial)
- Emotionale Äußerungen
- Beziehung zum/zur Psychologen/in

#### **B. Beobachtungen aufgrund der Testergebnisse (angeben, welche Tests durchgeführt wurden)**

- kognitives Niveau (nicht den IQ angeben)
- Lernverhalten - auf welche Art und Weise lernt die Person am leichtesten?
- Reflektieren die Ergebnisse das intellektuelle Potenzial? Wenn nicht, gibt es eine Erklärung dafür?
- Aufdecken von eventuellen Unterschieden der kognitiven Teilleistungen
- Verstehen von verbalen Anweisungen
- Konzeptbildung und Fähigkeit zur Analyse
- Aufmerksamkeit und Konzentration
- Visuelle und auditive Wahrnehmung
- Lang- und Kurzzeitgedächtnis
- Zeitliche und räumliche Orientierung
- Viso-motorische Koordination und graphische Fertigkeiten
- spontanes Lernvermögen (Passivität, Initiative, Neugierde, Informationsverarbeitung)
- Motivation hinsichtlich „Leistung“ und persönlichen und gesellschaftlichen Kontakten

- Urteilsvermögen/Verinnerlichung von gesellschaftlichen Normen, Gefahren einschätzen
- Emotionen: Ausdruck verleihen von Gefühlen und Impulsen, Verteidigungsmechanismen
- Selbstbild, Selbstwertgefühl, sexuelle Identität, gesellschaftliche Rolle
- Auffälligkeiten im Verhalten oder bezüglich der Gedankenprozesse/Gedankeninhalte und Realitätsbezug

Bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung wird Punkt „B“ erweitert um die folgenden Aspekte:

- Augen: Einem visuellen Reiz folgen, fokussieren von Personen oder Objekten. Ohren: Reaktion auf schwache/starke Geräusche oder Stimmen, suchen nach der Geräuschquelle?
- Haut: Reaktion auf taktile Reize/Berührungen. Nase: Reaktion auf Gerüche und Geruchsveränderungen
- Feinmotorik: Bewegung mit den Händen - Objekt festhalten, die Hand geben, tasten
- Grobmotorik: Bewegung mit den Beinen - beispielsweise auf Hindernisse in der Umgebung achten
- Basiskonzepte - unterscheiden von Farben, Formen, Größen, etc.
- verstehen von Aufforderungen, imitieren von Handlungen, sich die Hand führen lassen
- Beziehung zur Umgebung - Maß an Wachsamkeit und Teilnahme
- Motivation hinsichtlich zwischenmenschlicher Beziehungen und Aktivitäten
- Soziale Aktivität, Kooperation, unterscheiden zwischen bekannten und unbekannten sozialen Situationen
- Reaktion auf positive Verstärkung oder Aufmerksamkeit

### C. Anpassung und Selbstständigkeit bezüglich der Lebensbereiche

- Möglicherweise erfährt der/die Psychologe/in während der Testsitzung wichtige Details zum Verhalten in den Lebensbereichen. Diese Informationen sollte er/sie mit dem interdisziplinären Diagnostikteam besprechen.

Um Aussagen über die oben genannten Punkte A-C treffen zu können, stehen dem/der Psychologen/in in Israel die folgenden psychologischen Tests zur Verfügung:

WAIS- III R (Wechsler Adult Intelligence Scale),

WISC, entspricht dem Hamburg Wechsler Intelligenz Test für Kinder

Wippsi, (deutsche Version: HAWIVA-III, Hannover-Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter. 2;6- 7;3 Jahre)

Leiter-R (Leiter International Performance Scale-Revised)

Bayley-scales of infant development

SPM (Raven) Standard Progressive Matrices  
K-ABC (Kaufmann assessment battery for children, 2;6- 12;5 Jahre)  
Stanford Binet IQ Test  
Merrill-Palmer Scale of Mental Tests  
Gesell Preliminary Behaviour Inventory  
Bender Visual-Motor-Gestalt Test  
TAT (Thematic Apperception Test)  
CAT (Children Apperception Test)  
Rorschach (Tintenflecktest)  
HTP (House Tree Person)  
GARS Gilliam Autism rating Scale  
CARS Childhood Autism Scale

Aus diesem Testpool wählt der/die Psychologe/in die geeigneten Tests und Untertests aus und „mixt“ für die Testperson einen individuellen „Test-Cocktail“. Bei der Auswahl wird er sich für die Tests/Untertests entscheiden, von denen er sich den meisten Informationsgehalt erhofft. Diese flexible Handhabung der Diagnostikmaterialien verspricht eine hohe Effizienz. Der/die Psychologe/in kann damit in relativ kurzer Zeit auf relativ viele der oben genannten Aspekte Bezug nehmen.

### **Die psychologische Diagnostik innerhalb des Projekts InDiPro**

In Anlehnung an die in Israel durchgeführte Testsitzung wurde auch innerhalb InDiPro versucht, Bezug auf die unter A-C genannten Aspekte zu nehmen.

Aufgrund der unter dem Punkt 5.1.1 genannten Argumente entschied man sich innerhalb des Projekts für die Anwendung folgender psychologischer Tests:

K-ABC  
HAWIE-R  
HAWIK-III  
Bayley scales  
Bender Visual – Motor - Gestalt Test  
House Tree Person- test (kurz: HTP; die TeilnehmerInnen zeichnen)  
TAT (Bildtafeln regen die TeilnehmerInnen zum Erzählen einer Geschichte an)  
Rorschach (die TeilnehmerInnen werden gefragt, was sie auf symmetrischen Klecksbildern sehen)

Die Testsitzung wurde mit einem Teil der TeilnehmerInnen im Projektbüro durchgeführt. Dies betraf vor allem körperlich mobile Personen, die von den Eltern

oder BetreuerInnen gebracht werden konnten. Andere TeilnehmerInnen wurden nach Absprache mit den Verantwortlichen in der Tagesförderstätte der Schule oder ihrem Wohnplatz getestet, abhängig von der individuellen Situation.

Wenn möglich wurde die Testsitzung mit den TeilnehmerInnen allein durchgeführt. Bei 17 TeilnehmerInnen war eine Begleitperson anwesend. Die Gründe dafür waren: Sechs TeilnehmerInnen antworteten mit Hilfe der gestützten Kommunikation, drei TeilnehmerInnen mit autistischen Zügen blieben mit der Psychologin nicht allein im Raum, sechs schwer mehrfach behinderte TeilnehmerInnen wurden begleitet, um die Kommunikation mit der Psychologin zu erleichtern und mit zwei TeilnehmerInnen wurde die Sitzung aufgrund von Raumnot im Gruppenraum der Tagesförderstätte durchgeführt.

In der Pre-Testphase wurde die Testsitzung sehr ausgedehnt und die TeilnehmerInnen teilweise zu zwei Terminen eingeladen, so dass die psychologische Diagnostik bei manchen TeilnehmerInnen vier Stunden und mehr beanspruchte. Aus Gründen der Zumutbarkeit für das Umfeld der TeilnehmerInnen einerseits und Zeitnot der Psychologin andererseits, wurde sich nach der Pre-Testphase im Projektteam darauf geeinigt, lediglich *einen* Termin anzuberaumen.

Die Sitzungen dauerten zwischen 15 Minuten und 2 1/2 Stunden. Am kürzesten waren die Treffen mit den TeilnehmerInnen mit autistischen Zügen. Diese verließen häufig den Raum, so dass die Zusammenkunft vorzeitig beendet werden musste.

### *Struktur der Testsitzung*

Nachdem sich die Psychologin und die TeilnehmerInnen einander vorgestellt hatten, bot die Psychologin „zum Aufwärmen“ Stift und Papier an und die TeilnehmerInnen notierten - wenn möglich - ihre Namen und das Datum. Danach wurde der Bender Visual-Motor-Gestalt Test angeboten, bei dem geometrische Formen auf ein Papier kopiert werden sollen. Dieser Test hat eine spielerische Komponente, ist sehr kurz und eignet sich deshalb gut als einleitender Test.

Daraufhin wurden - in der Regel bei den TeilnehmerInnen aus der WfbM - die Materialien der K-ABC präsentiert und bei den TeilnehmerInnen aus der Tagesförderstätte die Materialien der Bayley - Scales. Abhängig von den Reaktionen der TeilnehmerInnen auf das jeweilige Material, wurde von dem einen zum anderen Untertest/ Test gewechselt. Wenn sich die TeilnehmerInnen verbal äußern konnten, wurden Teile der projektiven Tests (TAT und Rorschach) angewandt.

Mit vier Projektteilnehmern konnte kein Testmaterial bearbeitet werden. Gründe dafür waren bei einem türkischen Teilnehmer das mangelnde Sprachverständnis und bei drei Teilnehmern mit autistischen Zügen die mangelnde Kooperationsfähigkeit.

Der Tabelle 8 kann man entnehmen, welche Tests durchgeführt wurden (n=58):

K-ABC vollständig	K-ABC teilweise	HAWIE-R HAWIK-III	Bayley- scales teilweise	Bender- vis.-mot. Gestalt Test teilweise	HTP teilweise	TAT teilweise	Rorschach teilweise
26	19, davon 6x FC	jeweils 1	15	20	21	13	8
TeilnehmerInnen							

**Tabelle 8 Psychologische Testverfahren**

Bei 26 TeilnehmerInnen wurde die K-ABC vollständig durchgeführt, das heißt es wurden *alle* Untertests angeboten. (Die Roh- und Skalenwerte der K-ABC sind in Tabelle 10 bzw. 11 aufgeführt). Bei 19 TeilnehmerInnen wurde die K-ABC teilweise durchgeführt. Gründe dafür waren Überforderung - in jeder Hinsicht, nicht nur in kognitiver - der TeilnehmerInnen oder Zeitmangel. Vor allem bei den TeilnehmerInnen die mit Hilfe der gestützten Kommunikation (FC) kommunizierten, konnten lediglich Teile aus Untertests bearbeitet werden. Bei einem Teilnehmer mit starken Sehproblemen wurde alternativ zur K-ABC der HAWIK-III angeboten. Mit einem anderen Teilnehmer wurde der HAWIE-R durchgeführt, da er über gute verbale Fertigkeiten verfügte und mit der K-ABC kognitiv unterfordert gewesen wäre. Da die Durchführung der K-ABC Priorität hatte, musste aus Zeitgründen bei einigen TeilnehmerInnen auf die projektiven Tests verzichtet werden oder diese wurden nur teilweise durchgeführt. Beim Bender Visual-Motor-Gestalt Test wurde auf die „Elaborationen“ der neun Figuren verzichtet und ist deshalb bei allen TeilnehmerInnen als „teilweise“ vermerkt. Beim HTP wurden die TeilnehmerInnen nicht mehr aufgefordert, die Zeichnung zu kommentieren. In der nachfolgenden Tabelle 9 ist nachzulesen in welchen Kombinationen die Tests angeboten wurden.

Nr.			K-ABC		teilweise						Bemerkung
	FC		K-ABC vollständig	K-ABC teilweise	HAWIE-R / HAWIK-III	Bayley-Scales	Bender-Gestalt-Test	House Tree Person	TAT	Rorschach	
1	-	x			-	-	-	-	-	-	
2	-	-	-		-	-	-	-	-	-	Mutter anwesend
3	-	-	-		-	x	-	-	-	-	Betreuer anwesend, wegen Kommunikation
4	-	-	-		-	x	-	-	-	-	
5	-		x		-	-	-	-	-	-	
6	x		x		-	-	-	-	-	-	sehr langsames Bearbeiten wegen FC
7	-		x		-	x	x	-	-	-	
8	-	-	-		x	-	-	-	x	-	
9	-	x			-	-	-	-	-	-	
10	-	x			-	-	x	x	x	x	
11	-		x		-	-	x	-	-	-	nur 40 Zeit
12	x		x		-	-	-	x	-	-	sehr langsames Bearbeiten wegen FC
13	-	-	-		-	x	-	-	-	-	
14	-		x		-	-	-	-	-	-	
15	-	x			-	-	x	-	-	-	
16	-	x			-	-	x	-	x	x	
17	-	-	-		-	x	-	-	-	-	Betreuer teilweise anwesend
18	-	x			-	-	x	-	-	-	
19	-	x			-	-	-	x	-	-	
20	-	x			-	-	x	x	x	-	
21	x		x		-	-	-	-	-	-	sehr langsames Bearbeiten wegen FC
22	-	-	-		-	x	-	-	-	-	Testung in der Gruppe, Betreuer anwesend
23	-		x		-	-	x	-	-	-	
24	-	x			-	-	x	x	x	x	
25		x			-	-	x	-	-	-	K-ABC zu leicht
26	-	-	-		-	x	-	-	-	-	Eltern anwesend
27	-		x		-	-	-	-	-	-	
28	-		x		-	x	x	-	-	-	
29	-		x		-	-	x	x	-	-	
30	-	x			-	-	-	x	-	-	
31	-		x		-	x	-	-	-	-	Betreuerin anwesend wegen Kommunikation
32	-				-	x	-	-	-	-	
33	(x)		x		-	-	-	-	-	-	teilweise mit FC
34	-	x			-	-	x	x	-	-	
35	-	-	-		x	-	x	x	x	x	

Nr.		K-ABC		teilweise							Bemerkung
		K-ABC vollständig	K-ACB teilweise	HAWIE-R / HAWIK-III	Bayley-Scales	Bender-Gestalt-Test	House Tree Person	TAT	Rorschach		
	FC										
36	-		x	-	-	x	-	x	-		schlechte Testbedingungen (Lärm)
37	-	x		-	-	x	x	x	x		
38	-	x		-	-	-	x	x	x		
39	-	-	-	-	-	-	-	-	-		Schwester anwesend
40		x		-	-	-	x	-	-		
41	-	-	-	-	x	-	-	-	-		
42		x		-	-	x	-	-	-		
43	-	-	x	-	-	-	-	-	-		
44	x		x	-	-	-	-	-	-		Betreuer und Stützer anwesend
45	-	-	x	-	-	-	-	-	-		
46	-	x		-	-	x	x	-	-		
47	-	x		-	-	-	x	-	-		
48	-	x		-	-	-	x	-	-		
49	-	x		-	-	-	x	x	x		
50	-	-	-	-	x	-	-	-	-		Testung in der Gruppe, Betreuer anwesend
51	-	-	-	-	x	-	-	-	-		Zivildienstleistender anwesend
52	-	-	-	-	x	-	-	-	-		Eltern anwesend
53	-	x		-	-	x	x	-	-		
54	-	-	-	-	-	-	-	-	-		Betreuerin anwesend
55	x		x	-	-	-	-	-	-		
56											nicht teilgenommen
57	-	x		-	-	-	x	x	-		
58	-		x	-	-	-	-	-	-		
59	-	x	-	-	-	-	-	-	-		
60	-	x		-	-	x	x	x	x		
61	-	x		-	-	-	x	x	-		
62	-	x		-	-	-	x	-	-		
63	-	-	-	-	x	-	-	-	-		Zivildienstleistender anwesend

Tabelle 9 Psychologische Testverfahren

					Rohwerte																
Nr.					Intellektuelle Fähigkeiten										Fertigkeitenskala						Bemerkungen
	Alter	Geschlecht	K-ABC vollständig	K-ABC teilweise	1) Zauberfenster	2) Wiedererkennen Gesichter	3) Handbewegung	4) Gestaltschließen	5) Zahlen nachsprechen	6) Dreiecke	7) Wortreihe	8) Bildhaftes Ergänzen	9) Räuml. Gedächtnis	10) Fotoserie	11) Wortschatz	12) Gesichter und Orte	13) Rechnen	14) Rätsel	16) Lesen, Verstehen	15) Lesen, Buchstabieren	
1	17	m	x		6	8	1	11	4	0	10	0	1	0	21	13	13	11	0	7	
2	22	m																			
3	33	m																			
4	35	w																			
5	23	m		x																	
6	19	w		x																	FC
7	23	m		x	0	2	0	0	0	0	1	-	0	-	0	1	2	-	-	0	
8	20	m																			
9	18	w	x		6	9	2	7	0	0	7	2	2	0	14	2	10	9	0	6	
10	23	m	x		15	13	6	20	5	16	6	15	11	0	24	10	22	18	0	11	
11	21	m		x	-	-	9	21	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40 Minuten Zeit, kann lesen
12	19	w		x	6	13	6	>12	5	0	1	-	-	-	-	>12	-	>12	-	-	FC, langsames Arbeiten
13	27	m																			
14	26	m		x																	
15	27	w	x		12	8	13	10	8	3	7	2	8	8	22	14	22	16	>9	38	kann lesen
16	21	w	x		13	10	6	15	0	1	4	17	3	1	21	15	19	18	1	18	



[illegible]

					Rohwerte																	
Nr.					Intellektuelle Fähigkeiten										Fertigkeitenskala						Bemerkungen	
	Alter	Geschlecht	K-ABC vollständig	K-ABC teilweise	1) Zauberfenster	2) Wiedererkennen Gesichter	3) Handbewegung	4) Gestaltschließen	5) Zahlen nachsprechen	6) Dreiecke	7) Wortreihe	8) Bildhaftes Ergänzen	9) Räuml. Gedächtnis	10) Fotoserie	11) Wortschatz	12) Gesichter und Orte	13) Rechnen	14) Rätsel	16) Lesen, Verstehen	15) Lesen, Buchstabieren		
33	15	m		x	10	8	-	7	-	-	4	1	-	1	18	2	9	10	-	5		
34	18	m	x		10	12	7	21	4	11	5	13	9	14	24	15	11	29	0	1		
35	26	m																			HAWIE-R	
36	27	w		x	14	10	-	11	5	-	4	4	1	-	21	5	12	17	-	1		
37	15	m	x		13	11	4	16	4	2	5	1	3	0	24	14	15	17	0	14		
38	27	m	x		15	11	11	19	8	14	7	12	13	7	23	22	22	19	18	31		
39	17	m																				
40	18	w	x		10	7	0	10	0	1	4	0	0	0	22	13	6	12	0	6		
41	31	w																				
42	21	m	x		11	11	0	16	6	12	4	10	2	0	23	12	20	11	9	31		
43	30	w		x																		
44	25	w		x																		
45	24	m		x																		
46	17	m	x		9	9	14	9	11	0	11	8	14	8	21	1	24	14	9	24		
47	33	w	x		10	6	4	8	7	1	4	5	3	0	18	2	12	5	0	2		
48	18	w	x		10	9	3	10	9	1	8	9	1	1	22	4	9	9	0	2		

					Rohwerte																
Nr.					Intellektuelle Fähigkeiten										Fertigkeitenskala						Bemerkungen
	Alter	Geschlecht	K-ABC vollständig	K-ABC teilweise	1) Zauberfenster	2) Wiedererkennen Gesichter	3) Handbewegung	4) Gestaltschließen	5) Zahlen nachsprechen	6) Dreiecke	7) Wortreihe	8) Bildhaftes Ergänzen	9) Räuml. Gedächtnis	10) Fotoserie	11) Wortschatz	12) Gesichter und Orte	13) Rechnen	14) Rätsel	16) Lesen, Verstehen	15) Lesen, Buchstabieren	
49	21	m	x		15	13	11	23	9	15	4	13	13	7	24	23	24	29	0	10	
50	31	w																			
51	18	m																			
52	36	m																			
53	18	m	x		9	6	10	18	7	17	7	12	13	15	22	(2)	23	15	0	6	schwer verständliche Sprache
54	15	w																			
55	19	m		x	15	11	-	21	-	1	5	7	5	-	-	>3	>22	>24	-	-	Motorik beeinträchtigt
56	20	m																			Diagnostik abgebrochen
57	20	m	x		13	14	12	23	12	15	15	20	14	13	24	27	31	31	23	38	6x Deckeneffekt
58	15	m		x	0	0	0	0	2	0	0	-	-	-	15	0	6	3	-	0	
59	24	w	x		10	11	4	6	0	1	3	4	0	0	9	1	12	5	0	6	
60	22	m	x		5	8	5	3	9	2	6	2	13	>6	22	2	17	20	0	8	
61	14	m	x		11	4	5	11	9	1	4	12	2	0	22	13	14	18	0	10	
62	15	w	x		11	11	0	17	0	0	1	11	4	7	13	8	15	10	0	11	
63	19	w																			

Tabelle 10 K-ABC Rohwerte



					Skalenwerte										Standardwerte					Gesamtskalen														
Nr.					Intellektuelle Fähigkeiten										Fertigkeitenskala										Standardwerte					Vergleich				
	Alter	Geschlecht	K-ABC vollständig	K-ABC teilweise	1) Zauberfenster	2) Wiedererkennen Gesichter	3) Handbewegung	4) Gestaltschließen	5) Zahlen nachsprechen	6) Dreiecke	7) Wortreihe	8) Bildhaftes Ergänzen	9) Räuml. Gedächtnis	10) Fotoserie	11) Wortschatz	12) Gesichter und Orte	13) Rechnen	14) Rätsel	16) Lesen, Verstehen	15) Lesen, Buchstabieren	Skala einzelheitlichen Denkens (SED)	Skala ganzheitlichen Denkens (SGD)	Skala intellektueller Fähigkeiten (SIF)	Fertigkeitenskala (FS)	Non-verbale Skala (NV)	SED - SGD	SED - FS	SGD - FS	SIF - FS					
15	27	w	x		-	-	15	10	10	6	10	6	10	-	-	129	133	112	-		111	86	97	132	95	>	<	<	<					
16	21	w	x		-	-	7	13	1	4	6	19	6	-	-	130	120	120	-		67	104	87	130	93	<	<	<	<					
19	37	m																																
18	23	w	x		7	5	5	18	9	-	-	-	-	-	128	146	151	84	-		81	100	92	136	69	<	<	<	<					
17	30	m	x		-	-	2	13	10	3	9	4	8	-	-	78	67	78	-		82	79	80	67	59	~	>	>	>					
20	20	w	x		-	-	6	6	8	5	4	13	12	-	-	101	92	113	-		75	93	85	103	93	<	<	<	<					
21	19	m		x																														
21	35	w																																
22	27	m		x																														
23	25	m	x		15	7	2	10	9	13	9	-	-	-	119	86	128	90	-		80	129	105	108	(81)	<	<	>	~					
24	27	m	x		-	-	5	15	9	11	15	10	5	3	-	95	71	120	108		98	92	94	98	77	~	~	~	~					
25	25	w																																
26	18	w		x																														
27	19	m		x																														
29	28	m		x																														
30	14	m	x		-	-	10	9	13	8	13	10	7	5	-	109	102	113	130		113	84	96	118	86	>	~	<	<					

					Skalenwerte										Standardwerte					Gesamtskalen										
Nr.					Intellektuelle Fähigkeiten										Fertigkeitenskala					Standardwerte					Vergleich					
	Alter	Geschlecht	K-ABC vollständig	K-ABC teilweise	1) Zauberfenster	2) Wiedererkennen Gesichter	3) Handbewegung	4) Gestaltschließen	5) Zahlen nachsprechen	6) Dreiecke	7) Wortreihe	8) Bildhaftes Ergänzen	9) Räuml. Gedächtnis	10) Fotoserie	11) Wortschatz	12) Gesichter und Orte	13) Rechnen	14) Rätsel	16) Lesen, Verstehen	15) Lesen, Buchstabieren	Skala einzelheitlichen Denkens (SED)	Skala ganzheitlichen Denkens (SGD)	Skala intellektueller Fähigkeiten (SIF)	Fertigkeitenskala (FS)	Non-verbale Skala (NV)	SED - SGD	SED - FS	SGD - FS	SIF - FS	
31	17	w		x																										
32	25	w																												
33	15	m		x																										
34	18	m	x		-	-	8	19	4	11	7	15	11	-	-	130	93	152	-		78	129	105	133	109	<	<	~	<	
35	26	m																												
36	27	w		x																										
37	15	m	x		14	12	7	17	7	7	10	-	-	-	134	133	121	126			88	119	104	>160	90	<	<	<	<	
38	27	m	x		-	-	9	15	8	3	6	12	12	10	-	154	112	110	-		86	103	96	132	94	<	<	<	<	
39	17	m																												
40	18	w	x																											
41	31	w																												
42	21	m	x		-	-	1	11	6	10	3	10	4	4	104	101	76	(104)			60	84	74	91	69	<	<	<	<	
43	30	w		x																										
44	25	w		x																										
45	24	m		x																										
46	17	m	x		-	-	13	6	12	1	10	9	14	11	-	65	121	92	-		111	87	97	91	97	>	>	~	~	

					Skalenwerte										Standardwerte					Gesamtskalen									
Nr.					Intellektuelle Fähigkeiten										Fertigkeitenskala					Standardwerte					Vergleich				
	Alter	Geschlecht	K-ABC vollständig	K-ABC teilweise	1) Zauberfenster	2) Wiedererkennen Gesichter	3) Handbewegung	4) Gestaltschließen	5) Zahlen nachsprechen	6) Dreiecke	7) Wortreihe	8) Bildhaftes Ergänzen	9) Räuml. Gedächtnis	10) Fotoserie	11) Wortschatz	12) Gesichter und Orte	13) Rechnen	14) Rätsel	16) Lesen, Verstehen	15) Lesen, Buchstabieren	Skala einzelheitlichen Denkens (SED)	Skala ganzheitlichen Denkens (SGD)	Skala intellektueller Fähigkeiten (SIF)	Fertigkeitenskala (FS)	Non-verbale Skala (NV)	SED - SGD	SED - FS	SGD - FS	SIF - FS
47	33	w	x		10	7	7	10	10	-	-	-	-	-	105	72	111	80	-		73	77	75	90	61	~	<	<	<
48	18	w	x		-	-	4	10	11	4	10	11	4	-	-	78	88	86	-		90	81	85	80	70	~	~	~	~
49	21	m	x		-	-	8	18	8	12	3	11	11	7	-	149	107	147	82		77	113	98	128	99	<	<	<	<
50	31	w																											
51	18	m																											
52	36	m																											
53	18	m	x		-	-	8	13	7	15	5	11	12	18	-	65	111	90	-		80	130	108	86	121	<	~	>	>
54	15	w																											
55	19	m		x																									
56	20	m																											
57	20	m	x		-	-	7	15	10	9	11	14	8	9	-	133	100	129	119		96	107	103	126	96	~	<	<	<
58	15	m		x																									
59	24	w	x		11	14	9	10	4	-	-	-	-	-	75	73	141	96	-		78	112	97	95	-	<	<	>	~
60	22	m	x		5	9	8	5	13	7	11	-	-	-	124	72	128	137	-		105	75	89	88	85	>	>	~	~
61	14	m	x		-	-	6	10	11	4	7	14	5	-	-	124	105	122	-		88	88	88	122	81	~	~	~	<
62	15	w	x		-	-	1	13	1	1	1	11	5	10	-	88	90	75	-		45	100	77	81	68	<	<	>	~

			Skalenwerte										Standardwerte					Gesamtskalen												
Nr.			Intellektuelle Fähigkeiten										Fertigkeitenskala					Standardwerte			Vergleich									
63	Alter	Geschlecht	K-ABC vollständig	K-ABC teilweise	1) Zauberfenster	2) Wiedererkennen Gesichter	3) Handbewegung	4) Gestaltschließen	5) Zahlen nachsprechen	6) Dreiecke	7) Wortreihe	8) Bildhaftes Ergänzen	9) Räuml. Gedächtnis	10) Fotoserie	11) Wortschatz	12) Gesichter und Orte	13) Rechnen	14) Rätsel	16) Lesen, Verstehen	15) Lesen, Buchstabieren	Skala einzelheitlichen Denkens (SED)	Skala ganzheitlichen Denkens (SGD)	Skala intellektueller Fähigkeiten (SIF)	Fertigkeitenskala (FS)	Non-verbale Skala (NV)	SED - SGD	SED - FS	SGD - FS	SIF - FS	
19																														
w																														

**Tabelle 11 K-ABC Skalenwerte**

**Stärken:** Signifikanzniveau = 0.05

< >: Signifikanzniveau = 0.05

*Schwächen:* Signifikanzniveau = 0.05



## Erfahrungen

Die meisten TeilnehmerInnen standen der Begegnung mit der Psychologin sehr offen gegenüber und die Testsitzung bereitete vielen von ihnen Freude. Einige verzichteten auf die angebotene Pause und zeigten Lerneifer und Motivation. Viele fanden es schade, als die Sitzung zu Ende war und wollten gerne wiederkommen. Alle beteiligten sich entsprechend ihrer Möglichkeiten aktiv und bearbeiteten gern die gestellten Aufgaben.

**Es traten jedoch einige Schwierigkeiten auf, die eine standardgemäße Durchführung der angebotenen Tests unmöglich machten. Vor allem bei der Durchführung der K-ABC wurde deutlich, dass es vielfältige Ursachen dafür geben kann, weshalb eine kognitive Aufgabe nicht bewältigt werden konnte; es lag *nicht* immer am Mangel kognitiver Fähigkeiten. Im Folgenden werden die Hauptfaktoren aufgeführt, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden mussten:**

Zunächst zeigte es sich, dass die **aktuelle Tagesform** bei fast allen TeilnehmerInnen eine sehr wichtige Rolle spielte und die Testergebnisse beeinflusste. Eine Teilnehmerin konnte sich beispielsweise kaum konzentrieren, weil gleichzeitig ein Grillfest in der Klasse stattfand, an dem sie gern teilnehmen wollte. Ein anderer Teilnehmer stand noch unter dem Eindruck des Wochenendbesuchs der Mutter, so dass er sich nur schwer auf die Testsitzung einlassen konnte und statt dessen das Thema: „Mutter- Sohn Beziehung“ zentral stellte.

Ebenso hatte die besondere **Situation** - allein mit der Psychologin in einem vielleicht fremden Gebäude - Einfluss auf die TeilnehmerInnen, sich zu äußern. So sagte zum Beispiel eine Teilnehmerin in Gegenwart der Psychologin kein Wort, in Anwesenheit der Mutter sprach sie sehr wohl einzelne Worte. Einige TeilnehmerInnen wollten nicht mit der Psychologin allein in einem Raum bleiben.

Manche TeilnehmerInnen benötigten zur Beantwortung der Fragen **sehr viel Zeit**. Je nachdem, ob diese Zeit von der Psychologin gewährt wurde oder nicht, wurde die Aufgabe folglich als „richtig“ oder „falsch“ beurteilt.

Manche TeilnehmerInnen konnten die Aufgaben, wie sie ursprünglich formuliert wurden, **inhaltlich nicht verstehen**. Eine Umformulierung der Fragestellung bewirkte aber bei einigen, dass sie die Antwort doch noch geben konnten.

Bei anderen TeilnehmerInnen spielte das **Timing** der gestellten Aufgabe eine wichtige Rolle. Bei vielen fiel auf, dass es ihnen im Verlauf der Sitzung leichter fiel,

auch schwierigere Aufgabentypen zu meistern. Es wurde beobachtet, dass die gleiche Aufgabe zu Beginn der Sitzung nicht gelöst wurde, nach einer Zeit des „Aufwärmens“ aber sehr wohl.

Andere wiederum zeigten **Hemmungen** - abhängig von der gestellten Aufgabe - und trauten sich nicht zu antworten oder zu reagieren. Dies traf zum Beispiel deutlich auf den Untertest ‚Lesen und Verstehen‘ zu, bei dem Verhaltensweisen (Banane schälen, in die Hände klatschen u.ä.) erlesen und nachgeahmt werden sollen. Einer bekanntermaßen lesenden Teilnehmerin war es sichtlich unangenehm, die geforderten Bewegungen zu demonstrieren.

Bei vielen TeilnehmerInnen bewirkte ein **Kommunikationsproblem**, dass sie die gewünschte Antwort nicht geben konnten. Manchmal ließ das Verhalten der TeilnehmerInnen vermuten, dass sie die Antwort wussten, diese aber verbal nicht äußern konnten. Sollte dies dann als richtige Antwort gewertet werden?

Diese Beobachtung warf eine zentrale Frage auf:

Darf man die kognitiven Fähigkeiten beurteilen, wenn die Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt ist und keine alternativen Kommunikationsmöglichkeiten vorhanden sind?

Die Erfahrungen mit den sechs TeilnehmerInnen, die mit Hilfe der gestützten Kommunikation (FC) kommunizierten zeigten, zu welchen Äußerungen manche in der Lage waren, wenn ein geeignetes Kommunikationsmittel zur Verfügung stand. Mit Hilfe der gestützten Kommunikation beantwortete zum Beispiel ein nicht sprechender Teilnehmer mit Trisomie 21 beim Untertest „Rätsel“ 30 Fragen richtig. Ohne die gestützte Kommunikation hätte dieser Teilnehmer keine Frage beantworten können.

Aus dem oben Beschriebenen wird ersichtlich, dass die kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, so wie sie in der speziellen Testsituation offenbar wurden

- a. **situationsabhängig** (Tagesform der TeilnehmerInnen und besondere Testsituation),
- b. **abhängig von der Kommunikationsfähigkeit der TeilnehmerInnen** und
- c. **abhängig von der Beziehung zwischen Psychologin und TeilnehmerInnen waren** (in wie fern konnte die Psychologin auf die Besonderheiten der TeilnehmerInnen eingehen?).

Weitere Schwierigkeiten zeigten sich in der Vorgehensweise der Profilerstellung der K-ABC. Da die K-ABC für Kinder bis 12,5 Jahre validiert ist, konnte bei der Transformation der Rohwerte auf die Skalenwerte folglich nicht auf die im Handbuch aufgeführten Alterstabellen zurückgegriffen werden. Um dennoch ein Profil erstellen zu können, wurden bei den jeweiligen TeilnehmerInnen für jeden Untertest der Fähigkeitskala die Altersspannen aufgelistet, deren Rohwert einem Skalenwert von 10 entsprachen. Schließlich wurde aus den erhaltenen Altersspannen der Median bestimmt. Der ermittelte Median wurde dann der Berechnung der Skalenwerte zugrunde gelegt. (Reynolds & Clark, 1985). Für 25 TeilnehmerInnen wurde auf diese Weise ein Profil erstellt. Bei einer Teilnehmerin, die auf der Fähigkeitskala fünf Rohwerte = 0 erzielte, wurde von einer Profilerstellung abgesehen.

Bei der Profilberechnung traten *zwei formale Probleme* auf, die als Fehlerquelle in das Profil eingingen:

*Zum einen* konnte nicht für jeden Untertest eine entsprechende Alterstabelle gefunden werden, in der der erreichte Rohwert einem Skalenwert von „10“ entsprach. Folglich wurden diese Untertests bei der Berechnung des Medians nicht berücksichtigt. *Zum anderen* bewirkte die beschriebene Vorgehensweise der Medianbestimmung, dass die Untertests, die auf der erhaltenen Alterstabelle nicht aufgeführt waren, nicht in das Profil mit einfließen. Betrug der ermittelte Median beispielsweise 5;9-5;11 Jahre, konnten folglich die Untertests, die auf dieser Alterstabelle noch nicht aufgeführt sind, nicht in das Profil eingehen. Die Konsequenz war, dass gerade die kognitiv komplexeren Tests, die für die höheren Altersstufen vorgesehen sind, nicht im Profil widerspiegelt wurden und sich so für den Teilnehmer ein schwächeres Profil ergab, als es seinen wirklichen Fähigkeiten entsprach.

**Alle im Vorangegangenen beschriebenen Schwierigkeiten werfen die Frage auf, inwiefern das erhaltene Profil der K-ABC den Anspruch erhebt, die kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten valide abzubilden.** Im Rahmen von InDiPro wurden die Ergebnisse der psychologischen Testsitzung dann auch vor allem auf qualitativer und nicht auf quantitativer Ebene interpretiert. Hierbei wurden *alle* Untertests berücksichtigt, auch die, die nicht im Profil der K-ABC abgebildet waren. Für die

beiden Ziele, einerseits eine Einschätzung der Kognition und der Emotionen zu geben und andererseits Empfehlungen für die TeilnehmerInnen zu formulieren, erschien es sinnvoller, die Bedingungen zu beschreiben unter denen bestimmte Aufträge erfüllt, bzw. nicht erfüllt wurden. Entscheidend war, *wie* die TeilnehmerInnen beim Lösen der Aufgaben vorgingen: Führten sie einen Arbeitsauftrag eher aus, wenn er visuell angeboten wurde, fiel es ihnen leichter, wenn man ihre Hand führte etc. Bei der Bearbeitung des Testmaterials zeigten sich Stärken und Interessen, auf die ein besonderes Augenmerk gerichtet wurde. Prinzipiell wurde davon ausgegangen, dass Kompetenzen, die im vorgegebenen Rahmen nicht oder nur teilweise gezeigt werden konnten, unter anderen Umständen vielleicht sehr wohl offenbar werden könnten. Ein Nicht-zeigen-Können der Fähigkeiten wurde also nicht mit der grundsätzlichen Abwesenheit derselben gleichgesetzt.

Manchmal waren die Ergebnisse der psychologischen Sitzung nicht kongruent mit anderen Informationsquellen. Eine Mutter sagte beispielsweise, dass ihr Sohn zählen kann, während er dies in der Testsitzung nicht tat. Andererseits stellte sich später im Individuellen Programm heraus, dass TeilnehmerInnen sehr wohl zu Verhaltensweisen in der Lage waren, die sie während der Testsitzung nicht zeigen konnten.

Durch das Anbieten der projektiven Tests, „TAT“ und „Rorschach“ konnten wertvolle Informationen bezüglich dem emotionalen Befinden und der besonderen Interessen der TeilnehmerInnen gewonnen werden. Für einige TeilnehmerInnen boten die unstrukturierten Tests ein geeignetes Medium sich emotional mitzuteilen. Wenn ein Teilnehmer in den neutralen Tafeln des Rorschachs vor allem: „Teufel, Ungeheuer und Vulkanausbrüche“ sah, dann lässt das ahnen, wie er die Welt, in der er lebt, wahrnimmt und wie sein Innenleben aussehen mag. Bei einem anderen Teilnehmer stand in jeder Geschichte, die er zu den TAT-Tafeln erzählte, das Thema „Trauer und Einsamkeit“ zentral, welches angesichts seiner Lebensumstände vermuten ließ, wie sehr er unter der Scheidung seiner Eltern litt. Häufig wurde aufgrund der in den projektiven Tests geäußerten Inhalte eine Psychotherapie empfohlen. Es zeigte sich weiterhin, dass die TeilnehmerInnen, die es genossen, ihrer Phantasie während der projektiven Tests freien Lauf zu lassen, sich auch im späteren IP gern auf kreative Inhalte einließen.

Bei einigen TeilnehmerInnen konnte keine Aussage über die kognitiven Fähigkeiten und das emotionale Befinden gemacht werden. Dies lag dann entweder an der Tagesform der TeilnehmerInnen oder daran, dass das geeignete Testmaterial nicht vorlag beziehungsweise die TeilnehmerInnen keine Möglichkeit hatten, sich mitzuteilen. Einige Male wurde eine Wiederholung der Testsitzung empfohlen.

**Abschließend: Die psychologische Sitzung kann einen wichtigen Teil dazu beitragen, den Menschen mit sog. geistiger Behinderung möglichst facettenreich kennen zu lernen. Erhebt man den Anspruch, der Person gerecht zu werden, ist ein breites Spektrum an Testmaterialien, Zeit und Erfahrung notwendig. Der Psychologe/die Psychologin bietet die Struktur an und die Testperson entscheidet (aktiv oder passiv), wie sie damit umgeht. Im Gegensatz zu herkömmlichen Testsitzungen, die standardgemäß durchgeführt werden können, wird der Psychologe im Umgang mit Menschen mit sog. geistiger Behinderung die meisten Informationen dann erhalten, wenn er sich auf die besonderen Bedürfnisse der zu testenden Personen einstellen und eine gemeinsame Sprache mit ihnen finden kann.**

### **5.2.3.1 Zu den Ergebnissen der Anwendung der Kaufman – Assessment – Battery for Children (K-ABC)**

*Dr. Monika Lang*

Die Herausforderungen durch die besonders heterogene TeilnehmerInnenstichprobe (vgl. Ergebnisse der ABS-RC:2), die gerade im diagnostischen Bereich, von den MitarbeiterInnen des Projekts zu bewältigen waren, lassen sich auch an den Erfahrungen bzw. Ergebnissen der Anwendung der K-ABC ablesen.

Wie aus Tabelle 9 ersichtlich ist, konnte die K-ABC bei insgesamt 26 TeilnehmerInnen vollständig und bei weiteren 19 TeilnehmerInnen teilweise abgenommen werden. Bei den anderen 18 TeilnehmerInnen war die Durchführung aus den in Kap. 5.2.3 genannten Gründen nicht möglich. Hier wirkt sich deutlich die Heterogenität der TeilnehmerInnengruppe aus, denn für Menschen mit Autismus z.B. ist eine testdiagnostische Sitzung mit vorgegebenen Regeln besonders schwierig, ebenso ist die K-ABC für den Personenkreis der Menschen mit Sehbeeinträchtigungen und schwerer Behinderung nicht passend.

Die Entscheidung, bei sechs TeilnehmerInnen die K-ABC mit Hilfe der Gestützten Kommunikation (FC) zu bearbeiten, ermöglichte hier überhaupt erst die Durchführung. Durch das stark herabgesetzte Bearbeitungstempo konnten aber nur einzelne Untertests vorgelegt werden, so dass die Sitzung eher den Charakter einer Verhaltensbeobachtung hatte. Die Einbeziehung von FC muss allerdings, auf dem Hintergrund der kritischen Diskussion zur Validität der gestützten Kommunikation, bei der Gewichtung der Ergebnisse im Rahmen des gesamten diagnostischen Prozesses mit berücksichtigt werden.

Wie bereits in der Einführung (Kap. 5.1) dargestellt, unterscheidet die K-ABC zwischen kognitiven Fähigkeiten und den im bisherigen Leben erworbenen Fertigkeiten. Sie ermöglicht dadurch auch für Erwachsene mit geistiger Behinderung vorsichtige Aussagen zum Fähigkeitspotenzial einer Person in den untersuchten Bereichen und zur bisherigen Reichhaltigkeit bzw. dem Anregungsniveau der sozialen Umwelt.

Da die Autoren der K-ABC deutlich Abstand nehmen von der Feststellung eines herkömmlichen Intelligenzquotienten, bietet die Ergebnisdarstellung in Form eines differenzierten Profils der insgesamt 16 Untertests eine besonders reichhaltige Basis für weiterführende Erkenntnisse zu den Stärken und Schwächen einer Person im Bereich der kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, d.h. der Kompetenz, Probleme lösen zu können und /oder auf eher faktenorientiertes Wissen (dass eben auch u.a. deutlich das bisherige Bildungsangebot bzw. den sozialen Kontext einer Person widerspiegelt) zurückgreifen zu können.

Die 16 Teilskalen der K-ABC werden von den Testautoren in vier Skalengruppen zusammengefasst:

1. Skala einzelheitlichen Denkens (SED)
2. Skala ganzheitlichen Denkens (SGD)
3. 1. + 2. Skala intellektueller Fähigkeiten (SIF)
4. Fertigkeitenskala (FS)
5. Sprachfreie Skala (NV)

Die Skalen einzelheitlichen Denkens und ganzheitlichen Denkens bilden zwei unterschiedliche Arten mentaler Funktionen ab.

Beim sequenziell - einzelheitlichen Denken wird der Schwerpunkt in der Aufgabenstellung auf die einzelheitliche Ordnung der Reize bei der Problemlösung gelegt, z.B. auf das Wiederholen von Zahlen, die die Diagnostikerin vorspricht (Skala 5 Zahlen nachsprechen) oder das Wiederholen einer geordneten Serie von Handbewegungen, die vorgemacht werden (Skala 3 Handbewegungen). Hingegen erfordert die ganzheitliche Vorgehensweise eine eher simultan - gestalthafte und räumliche Integration der gegebenen Reize zur effektiven Problemlösung, z.B. das Zusammenfügen eines abstrakten Musters aus einer Reihe gleicher Dreiecke (Skala 6 Dreiecke). Beide Skalen zusammen ergeben in der Auswertung zusätzlich die Gesamtskala der intellektuellen Fähigkeiten. Ziel ist dabei auch, den Stellenwert sprachlicher Fertigkeiten bei der Problemlösung so weit wie möglich zu reduzieren.

**Die Teilskalen der Fertigkeitenskala beinhalten als Grundlage hingegen eher die Anforderung, Informationen aus der bisherigen schulischen und kulturellen**

**Umgebung zur Verfügung zu haben und entsprechend auf verschiedene Aufgabenstellungen anwenden zu können. Die Fertigkeitenskala hat sozusagen den Anspruch, die bisher ausgebildeten Fähigkeiten, Probleme mit Hilfe schulischen und kulturellen Wissens zu lösen, zu messen. Die Ergebnisse dieser Skala spiegeln dann eben auch mehr oder weniger deutlich die bisherigen Bildungschancen, die Lernmotivation und die sozialen Umgebungsbedingungen wider.**

**Als Beispiel kann hier die Skala 11 Wortschatz angeführt werden. Dieser Untertest erfasst die Fähigkeit einer Person, die richtige Bezeichnung eines auf einem Foto abgebildeten Gegenstands nennen zu können. Diese Leistung ist in hohem Maße auch von umweltbedingten Einflüssen abhängig.**

In einer gleichzeitig während der diagnostischen Untersuchung ablaufenden Verhaltensbeobachtung können Informationen zu den individuellen Problemlösungsansätzen, zur Motivation und Aufmerksamkeitsspanne, zu sprachlichen und (fein)-motorischen Kompetenzen und zum Umgang mit Frustrationen und Erfolg gesammelt werden. Diese Beobachtungen reichern dann das Bild, das durch eine ausschließliche Betrachtung der erhaltenen Werte entsteht, in zentraler Weise an.

Diese Ebene der Nutzung der Untertests der K-ABC für eine strukturierte Verhaltensbeobachtung hat die Anwendung im Rahmen des Projekts aus verschiedenen Gründen deutlich dominiert (vgl. Kap. 5.2.3).

Weitere Interpretationsmöglichkeiten bietet die Feststellung der individuellen Stärken und Schwächen eines Teilnehmers auf der Ebene der einzelnen Untertests und der Vergleich der verschiedenen Skalen auf signifikante Differenzen.

In einem ersten Auswertungsschritt kann für jeden Teilnehmer/jede Teilnehmerin, jeweils getrennt für die Werte der Skala intellektueller Fähigkeiten (SIF) und der Fertigkeitenskala (FS), der individuelle Mittelwert berechnet werden. Mit Hilfe der Tabelle 7 (vgl. Durchführungs- und Auswertungshandbuch zum K-ABC, 6.Aufl., 2003, 179f.) können dann die signifikanten individuellen Stärken und Schwächen angegeben werden.



**Beispiel:**

Die Skalenwerte des Teilnehmers 38 im Bereich der intellektuellen Fähigkeiten bewegen sich alle zwischen 3 und 15 ( bei einem Mittelwert von 10 und einer Standardabweichung von 3 ), d.h. in sechs der acht durchgeführten Untertests liegen die Skalenwerte im interindividuellen Vergleich im mindestens durchschnittlichen Bereich. Im Untertest 6. Dreiecke erzielte der Teilnehmer mit 3 seinen niedrigsten Wert, unter dem Durchschnitt liegt auch das Ergebnis im Untertest 7. Wortreihe mit einem Wert von 6. Überdurchschnittlich fällt der Untertest 4. Gestaltschließen mit einem Wert von 15 aus. Dieser Untertest gehört zur Skala ganzheitlichen Denkens.

Betrachtet man nun die individuellen Stärken und Schwächen so ergibt sich bei einem individuellen Mittelwert von 9 (gerundet) folgendes Bild:

Wie bereits beim interindividuellen Vergleich mit den Normierungswerten der K-ABC gehören die Untertests 6. und 7. des Teilnehmers zum Bereich seiner individuellen Schwächen, dagegen sind die Untertests 4. Gestaltschließen und 8. Bildhaftes Ergänzen mit Werten von 15 bzw. 12 dem Bereich der signifikanten (auf einem Signifikanzniveau von .05) individuellen Stärken zuzurechnen.

In der Fertigkeitenskala bewegen sich zwei der drei angegebenen Werte an der oberen Grenze des im interindividuellen Vergleich durchschnittlichen Bereichs (Werte in den Untertests 13. Rechnen und 14. Rätsel von 112 bzw. 110, bei einem Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 15). Der Wert von 154 des Untertests 12. Gesichter und Orte hebt sich dagegen deutlich ab. Er liegt mehr als drei Standardabweichungen über dem Mittel von 100.

Das individuelle Mittel der Fertigkeitenskala ist bei diesem Teilnehmer dadurch deutlich erhöht und hat gerundet den Wert von 125. Mit Hilfe der bereits genannten Tabelle 7 können nun die individuellen Stärken und Schwächen bestimmt werden. Auf dieser Basis erscheinen dann die beiden Untertests 13. und 14. intraindividuell als signifikant schwächere Bereiche, wiederum aber der Untertest 12. Gesichter und Orte als individuelle Stärke.

**Vergleicht man die verschiedenen Skalen miteinander, so wird deutlich, dass dieser Teilnehmer in der Skala ganzheitlichen Denkens signifikant höhere Werte hat, als bei der Skala einzelheitlichen Denkens. Auch die**

---

**Fertigkeitenskala (FS) weist signifikant höhere Werte auf als die Gesamtskala der intellektuellen Fähigkeiten (SIF).**

An diesen ersten Schritt sollte sich eine genauere inhaltliche Auseinandersetzung, sowohl auf der Skalenebene, als auch auf der Ebene der einzelnen Untertests anschließen, d.h. es ist vertiefend zu fragen, welche spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Untertests erfasst werden, die bei einer Teilnehmerin eine individuelle Stärke oder Schwäche darstellen. **Über diese inhaltliche Analyse, ergänzt durch die Informationen aus den anderen diagnostischen Schritten und der begleitenden Verhaltensbeobachtung, können dann evtl. erste wichtige Hinweise herausgearbeitet werden, die bei der Begleitung im Rahmen eines individuellen Bildungsprogramms berücksichtigt werden sollten.**

Bei der Analyse der Ergebnisse aller 25 TeilnehmerInnen, mit denen die K-ABC durchgeführt werden konnte, zeigt sich folgendes Bild:

- 15 TeilnehmerInnen haben signifikant höhere Werte (Niveau .05) in der Fertigkeitenskala (FS) im Vergleich zu Gesamtskala der intellektuellen Fähigkeiten (SIF).
- Bei 8 TeilnehmerInnen gibt es keine signifikante Differenz zwischen SIF und FS.
- 2 TeilnehmerInnen haben signifikant höhere Werte in der Gesamtskala der intellektuellen Fähigkeiten (SIF) im Vergleich zur Fertigkeitenskala (FS).

Dieses Bild, das in der Mehrheit dieser Teilstichprobe, der Gesamtgruppe der InDiPro-TeilnehmerInnen, eher auf ein hinreichend anregungsreiches soziales Umfeld und vielleicht auch auf eine gute Lernmotivation hinweist, kann vielleicht als Beleg dafür gesehen werden, dass bei einem solchen Modellprojekt vorrangig diejenigen Eltern, Betreuer oder TeilnehmerInnen Interesse zeigen und sich melden, die im Vergleich sowieso schon besonders aktiv und engagiert sind.

### **5.2.4 Interdisziplinäres Team-Gespräch**

*Regina Eccher*

Nach Abschluss der Diagnostischen Phase traf sich das gesamte Team (Mediziner, Psychologin und 3 PädagogInnen), um die **gesammelten Eindrücke, Informationen und Diagnostikergebnisse für jede/n einzelne/n TeilnehmerIn zusammen zu führen, gemeinsam zu reflektieren und auszuwerten**. Hierfür stellten alle Teammitglieder zunächst die jeweiligen TeilnehmerInnen aus der eigenen, subjektiven (diagnostischen) Perspektive vor.

Im Fokus stand die Darstellung und Diskussion folgender Inhalte:

- Ergebnisse der allgemeinmedizinischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung (Tabellen 6 und 7),
- Ergebnisse aus der psychologischen Testsitzung (Tabellen 9 bis 11),
- Selbst- und Fremdeinschätzung hinsichtlich der Kompetenzen sowie des Unterstützungsbedarfs der TeilnehmerInnen in den 10 Lebensbereichen (TeilnehmerInnen-Interview, Umfeldbefragung, ABS-RC:2) (Tabelle 5),
- von den TeilnehmerInnen geäußerte Wünsche, Ziele und Bedürfnisse hinsichtlich ihrer Lebenssituation und möglicher IP-Inhalte sowie die Einschätzung dieses Aspektes von Seiten des Umfeldes und
- vom Umfeld geäußerte Wünsche und/oder Erwartungen hinsichtlich möglicher IP-Inhalte.
- Verhalten der TeilnehmerInnen in den unterschiedlichen diagnostischen Sitzungen sowie Verhaltensbeschreibungen aus der Perspektive des Umfeldes,
- Team-Beobachtungen zur Interaktion zwischen den BetreuerInnen/Eltern und den TeilnehmerInnen.
- Besprechen möglicher fördernder oder hemmender Umweltfaktoren.
- Des Weiteren Sichtung und Diskussion der vorliegenden externen Berichte, Gutachten und Förderpläne.

Inhalt dieser Sitzung war auch die **Klärung medizinischer Fragestellungen**, die ggf. für die nachfolgend formulierten Empfehlungen und das Individuelle Programm

von Relevanz sein konnten (z.B. Epilepsie, Allergien, körperliche Einschränkungen u.ä.).

Tauchten darüber hinaus relevante Fragestellungen auf, die nicht geklärt werden konnten, wurden Informationen nachträglich von entsprechender Stelle eingeholt.

In der gleichen Sitzung wurden des Weiteren gemeinsam die **Empfehlungen** für die TeilnehmerInnen formuliert. Diese resultierten aus den von ihnen geäußerten Wünschen, Zielen und Bedürfnissen hinsichtlich ihrer Lebenssituation und den möglichen IP-Inhalten, aus den Informationen des Umfeldes, den Ergebnissen der medizinischen Untersuchung und der psychologischen Testsitzung sowie den relevanten Kontextfaktoren.

**Die Empfehlungen hatten grundsätzlich zum Ziel, die Selbstständigkeit der PT in bestimmten Teilbereichen zu erhöhen sowie ihre Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu stärken und damit letztlich zu einer Erhöhung der Lebensqualität eines/einer jeden TeilnehmerIn beizutragen.**

Darüber hinaus sollten sie dazu dienen, wenn nötig die gesundheitliche Situation der TeilnehmerInnen zu verbessern.

Die Empfehlungen wurden individuell auf die aktuelle Lebenssituation der TeilnehmerInnen abgestimmt und berücksichtigten bei ihrer Formulierung die jeweiligen Kontextfaktoren.

So wurde TeilnehmerInnen, die beispielsweise den Wunsch geäußert hatten, am Abend Freunde besuchen zu wollen, kein Training mit öffentlichen Verkehrsmitteln empfohlen, wenn bekannt war, dass diese TeilnehmerInnen in Ortschaften mit nicht adäquater Busanbindung wohnten. Die Empfehlungen wurden an die vorliegende Situation der TeilnehmerInnen angepasst und in diesem Fall z.B. die Fahrt mit einem Mini-Car empfohlen.

Alle Empfehlungen entstammten der aktuell erhobenen Diagnostik und galten daher nur über einen gewissen Zeitraum, bevor sie „veralteten“. Bei Veränderungen der individuellen Lebenssituation, verloren die Empfehlungen an Gültigkeit und bedurften ihrer Aktualisierung.

**Die Empfehlungen wurden unterteilt in:**

- **allgemeine Empfehlungen** (z.B. eine selbstständigere Wohnform oder einen Arbeitsplatz- bzw. Gruppenwechsel),
- **medizinisch / therapeutische Empfehlungen** (z.B. das Aufsuchen eines Internisten oder anderen Arztes, Logopädie oder die Empfehlung zur Psychotherapie) und
- **Empfehlungen zu den 10 Lebensbereichen** (hinsichtlich der Erhöhung der Selbstständigkeit, der Selbstbestimmung und der Teilhabe an der Gesellschaft).

Eine **Übersicht der ausgesprochenen Empfehlungen** kann den Tabellen 12 und 13 entnommen werden.

<b>Allgemeine Empfehlungen</b>	Selbstständigere Wohnform	22
	Arbeitsplatzwechsel	6
	Rollstuhl /Gehtrainer	7
<b>Medizinische Empfehlungen</b>	Internistisch	14
	Orthopädisch	33
	Adipositas/Übergewicht	19
	Zahnarzt	15
	HNO	2
	Augen	15
	Dermatologisch/allergologisch	4
	Genetische Diagnostik	2
	Überprüfung der Medikation	5
	Psychiatrische Untersuchung	7
<b>Therapeutische Empfehlungen</b>	Psychologische Beratung/ Psychotherapie	18
	Logopädie	25
	Ergotherapie	10
	Krankengymnastik	15
	Sonstiges	7

**Tabelle 12 Allgemeine und medizinisch/therapeutische Empfehlungen**

<b>Empfehlungen zu den 10 Lebensbereichen</b>	<b>Anzahl</b>
Kommunikation	33
Selbstfürsorge	44
Tägliches Leben	48
Soziale Kompetenz	36
Selbstbestimmung	35
Gesundheit	32
Lernen	51
Freizeit	47
Öffentliches Leben	31
Arbeit u. Beschäftigung	21

**Tabelle 13 Empfehlungen zu den 10 Lebensbereichen**

### **Erfahrungen zum Interdisziplinären Team-Gespräch**

Eine zentrale Erfahrung aus dem Interdisziplinären Team-Gespräch war, dass die TeilnehmerInnen im Rahmen der Diagnostischen Phase **von den verschiedenen Disziplinen häufig sehr unterschiedlich wahrgenommen wurden**. Dies betraf das **Verhalten** der TeilnehmerInnen, aber auch die **Einschätzung ihrer Kompetenzen** in den 10 Lebensbereichen sowie ihre **kognitiven Leistungen**. So ist es vorgekommen, dass beispielsweise ein Teilnehmer vom Mediziner als schweigsam und wenig kooperativ beschrieben wurde, der gleiche Teilnehmer sich im Interview wiederum sehr gesprächig zeigte und auf die Bitte der TeammitarbeiterInnen bereitwillig demonstrierte, wie er beim Einkauf seine Geldmünzen zusammenrechnet. Manche TeilnehmerInnen wiederum erzählten im Interview so wenig, dass das Gespräch nach einer viertel Stunde beendet wurde. In der psychologischen Testsitzung hingegen arbeiteten die gleichen Personen hoch motiviert und leistungsfähig über eine volle Stunde und länger mit.

Jede einzelne Profession des Teams bildete sich so im Rahmen der Diagnostischen Phase aufgrund der persönlichen Erfahrungen mit den TeilnehmerInnen in der jeweiligen Situation, mit Hilfe verschiedener diagnostischer Instrumente und der eigenen beruflichen Erfahrungen mit dem Personenkreis, ihr eigenes Bild über die TeilnehmerInnen. **Die Zusammenführung der gesammelten Informationen und Ergebnisse im Interdisziplinären Team-Gespräch ließ jedoch häufig nicht nur ein ganzheitliches Bild von den TeilnehmerInnen entstehen, sondern zeigte, wie die o.g. Beispiele demonstrieren, dem Team auch, wie unterschiedlich die Wahrnehmungen, Ergebnisse und Einschätzungen der verschiedenen**

**Professionen hinsichtlich ein und der gleichen Person sein können. Das Präsentwerden dieser Situation legte offen, wie wenig hinreichend der Blick einer einzelnen Profession sein und zu welchen Fehleinschätzungen dies ggf. führen kann. Erst durch die Interdisziplinarität und die Sichtweisen der anderen Professionen, wurde jede/r Einzelne letztlich mit den Unzulänglichkeiten und der Unvollständigkeit der eigenen Profession konfrontiert.**

**So wie die TeilnehmerInnen sich im Rahmen der Diagnostischen Phase in den verschiedenen Situationen unterschiedlich verhielten und dementsprechend von Teamseite unterschiedlich wahrgenommen wurden, wurden sie häufig auch von Seiten des Umfeldes in ihrem Verhalten und ihren Kompetenzen divergent beschrieben.** Zum Teil stimmten die gewonnenen Informationen aus der Umfeldbefragung überein und implizierten Empfehlungen, teilweise waren sie aber auch sehr widersprüchlich. So wurde z.B. ein Teilnehmer von seiner Lehrerin als sehr selbstständig beschrieben, die Eltern wiederum berichteten, dass ihr Sohn zu Hause nicht allein seine Jacke anziehen könne. Ähnlich konträre Verhaltensweisen wurden beispielsweise auch in den Bereichen Ausdauer/Konzentration, Zuverlässigkeit bei der Übernahme von Aufgaben oder im Bereich der sozialen Kompetenz beschrieben.

In diesem Zusammenhang tauschte sich das Team auch über die Wahrnehmung hinsichtlich der Interaktion zwischen den Eltern/BetreuerInnen und den TeilnehmerInnen aus. In manchen Fällen boten die Team-Beobachtungen Erklärungen für verschiedene vom Umfeld beschriebene, Verhaltensweisen der TeilnehmerInnen an.

**Nachfolgend soll nun auf die unterschiedlichen Erfahrungen hinsichtlich des TeilnehmerInnen-Verhaltens im Interview, im Kontakt mit den Eltern oder BetreuerInnen sowie der geäußerten Wünsche, Ziele und Bedürfnisse von TeilnehmerInnen und Umfeld näher eingegangen werden.**

Beim Interview fiel auf, dass ein Großteil der TeilnehmerInnen in der Einzelsituation des Interviews sehr viel mehr und differenzierter über sich berichtete, als in den gemeinsamen Gesprächen mit den Eltern oder BetreuerInnen. Es konnte beobachtet werden, dass sich die meisten der TeilnehmerInnen in diesen Gesprächen recht schnell aus dem Geschehen zurückzogen und ihre Begleitpersonen erzählen ließen.

Unsere Beobachtung, dass viele Eltern oder BetreuerInnen die Tendenz haben in die Gespräche ihrer erwachsenen Kinder bzw. zu Betreuenden einzugreifen, indem sie begonnene Sätze beenden, entstehende Pausen überbrücken oder Antworten vorweg nehmen, scheint eine der möglichen Ursachen für dieses Verhalten zu sein.

Die **TeilnehmerInnen** berichteten in der Einzelsituation des Interviews jedoch nicht nur mehr über sich, sondern auch über **Interessen und Wünsche**, die sie in den gemeinsamen Gesprächen mit ihren Eltern oder BetreuerInnen nicht geäußert hatten (z.B. der Wunsch „im Internet zu surfen“, „allein einkaufen“ zu gehen oder „Lesen und Schreiben“ zu lernen). Eine mögliche Ursache für dieses Verhalten könnte das Bestreben der TeilnehmerInnen sein, mit ihren Äußerungen ihrer Rolle als Tochter/Sohn bzw. als zu Betreuende und den damit verknüpften Erwartungen ihrer Begleitpersonen gerecht werden zu wollen.

Bei der **Analyse der Wünsche von Seiten des Umfeldes** hinsichtlich möglicher IP-Inhalte sowie der Einschätzung des Umfeldes im Hinblick auf die Interessen der TeilnehmerInnen stellte sich heraus, dass das Umfeld häufig eine andere Vorstellung hatte, als die TeilnehmerInnen. Z.B. wünschte sich eine Mutter, dass ihr Sohn das Schreiben und Lesen erlernt, der Sohn hingegen zeigte Interesse an Stadtgängen und sportlichen Aktivitäten. Viele der Eltern wünschten sich für ihre Töchter und Söhne aber auch ein Mehr an Teilhabe, Freizeitaktivitäten und ganz allgemein an Lebensqualität, ohne konkrete Vorstellungen hinsichtlich möglicher IP-Inhalte zu formulieren.

**Die Vorstellungen von Seiten der BetreuerInnen im Hinblick auf das Individuelle Programm waren häufig „einrichtungsgefärbt“. BetreuerInnen der Wohnstätten wünschten sich z.B. ein Individuelles Programm bei dem der/die TeilnehmerIn lernt, Wäsche zu sortieren oder selbstständig den Schrank einzuräumen, BetreuerInnen von WfbM sahen ein Training im Bereich der Ausdauer oder des Gruppenverhaltens als bedeutsam an. So stimmten die Vorstellungen der BetreuerInnen häufig mit den Inhalten der vorliegenden Förderpläne überein oder betrafen Aspekte, mit denen sich die Einrichtungen überfordert fühlten (z.B. Verhaltensprobleme).**

Auf die Frage, was den einzelnen TeilnehmerInnen aus Sicht des Umfeldes gut tun würde, wurden häufig bekannte Interessen der TeilnehmerInnen genannt, wie z.B. puzzeln, spazieren gehen o.ä., aber auch Inhalte, für die die BetreuerInnen im



Rahmen ihrer täglichen Arbeit keine Zeit fanden. So wurde häufig genannt: mehr Zeit für Einzelbetreuung oder Teilnahme am öffentlichen Leben bzw. ein Mehr an Freizeitaktivitäten (z.B. Kino, Disco, Stadtgänge, Ausflüge u.ä.) sowie bei nicht- oder wenig sprechenden TeilnehmerInnen der Bereich der „Kommunikation“.

Es kann festgehalten werden, dass je mehr Menschen zu einer Person unabhängig voneinander befragt werden, je größer die Situationsvielfalt ist und des weiteren, je mehr Professionen an der Diagnostik beteiligt sind, desto größer das Spektrum der Verhaltens-, Kompetenz- und Hilfebedarfsbeschreibungen ist.

**All diese in der Diagnostischen Phase gesammelten Informationen und Ergebnisse konnten im Rahmen des Interdisziplinären Team-Gesprächs diskutiert und ausgewertet werden. Die beschriebenen Diskrepanzen im Verhalten, der Darstellung und der Wahrnehmung der TeilnehmerInnen wurden beleuchtet und Ursachen dafür gesucht. So ließ die gemeinsame Arbeit im interdisziplinären Team meist ein ganzheitliches, integratives Bild über die TeilnehmerInnen entstehen und Aussagen darüber treffen, in welchen Bereichen bestimmte Empfehlungen für die persönliche Lebenssituation und -qualität zuträglich sein könnten.**

Es gab aber auch TeilnehmerInnen, über die sich das Team - trotz seiner Interdisziplinarität, unterschiedlicher diagnostischer Instrumente und breit gefächelter Umfeldbefragung - **kein hinreichendes Bild** machen konnte. **Dies traf vor allem auf Menschen mit Autismus oder autistischen Verhaltensweisen zu.** Bei einigen dieser TeilnehmerInnen konnte mit Hilfe der **Gestützten Kommunikation** (FC) Einblicke in die Gefühlswelt, Gedanken, Vorstellungen und Kompetenzen dieser Personen gewonnen werden, bei anderen hingegen blieben in vielen Bereichen Fragen offen.

Nicht zuletzt muss beachtet werden, dass es auch im Rahmen einer interdisziplinären Diagnostik noch zu Fehleinschätzungen kommen kann, denn häufig reichen die diagnostischen Instrumente einfach nicht aus, um sich ein umfassendes Bild von einem Menschen machen zu können, und auch ist niemals ein solches Bild vollständig. **Eine interdisziplinäre Vorgehensweise kann das Risiko von Fehleinschätzungen jedoch deutlich reduzieren.**

Trotz – oder gerade wegen ihrer „Unvollständigkeit“ förderte die Zusammenarbeit mit verschiedenen Professionen das „interdisziplinäre Denken“ eines jeden Einzelnen und diente allen Beteiligten zur Horizont- und Kompetenzerweiterung.

Ein letzter Abschnitt soll den **externen Berichten** sowie den einrichtungsinternen **Förderplänen** gewidmet werden. **Bei der Sichtung dieser Schriftstücke fiel auf, dass ein Großteil von ihnen entweder nicht mehr aktuell war oder ganze Passagen von älteren Berichten in neue übernommen worden waren.** So fanden sich z.B. in aktuellen amtlichen Gutachten Teile aus mehrere Jahre alten Wohnstättenberichten.

Bei den **Förderplänen** zeigte sich, dass die formulierten Förderinhalte, wie bereits in diesem Kapitel erwähnt, **in der Regel auf die Lebenswelt zugeschnitten waren**, von der der Förderplan erstellt wurde. **Die Inhalte bezogen sich fast ausschließlich auf das Leben in der jeweiligen Einrichtung und die dort benötigten Kompetenzen.**

**Die Förderinhalte werden meist ohne die Betroffenen in den Teambesprechungen der Einrichtungen festgelegt und berücksichtigen in der Regel nicht die Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der Menschen mit Behinderung. Häufig sind die Förderinhalte, die für sie formuliert wurden, ihnen selbst gar nicht bekannt. Auffällig war auch, dass die Pläne der verschiedenen Institutionen inhaltlich meist nicht aufeinander abgestimmt waren (z.B. Tagesförderstätte – Toilettentraining / Wohnstätte – Esstraining).**

Auch wenn ein Großteil der externen Berichte und Förderpläne für die aktuelle Informationserhebung meist nicht von Nutzen war, gaben die Inhalte der Berichte doch einen Einblick in die Zusammenhänge, in denen die TeilnehmerInnen lebten. Des Weiteren zeigten sie auf, welche Stationen und Situationen die TeilnehmerInnen in ihrem Leben bereits durchlaufen hatten und konnten hierdurch einen nicht unwichtigen Teil zum Gesamtbild beitragen.

**Resümierend kann gesagt werden, dass jede Diagnostik stets interdisziplinär angelegt sein sollte. Menschen mit geistiger Behinderung sind häufig aufgrund seiner Schwierigkeiten, sich hinreichend darzustellen, darauf angewiesen, dass sehr genau und aus verschiedenen Blickwinkeln nach seinen Kompetenzen, Wünschen, Zielen und Bedürfnissen, der gesundheitlichen**

**Situation und seiner Zukunftsperspektiven geschaut wird. Der Blick lediglich einer Profession birgt die Gefahr einer Fehleinschätzung, die dem einzelnen Menschen in bedeutsamer Weise zum Nachteil hinsichtlich der Einschätzung seiner Kompetenzen und Möglichkeiten sein kann.**

**Das unterschiedliche Verhalten und die unterschiedlichen Aussagen der TeilnehmerInnen im Interview mit den TeammitarbeiterInnen und im Kontakt mit ihren Eltern bzw. BetreuerInnen machen deutlich, dass es im Rahmen einer Diagnostik unerlässlich ist, Gespräche aus unabhängiger, unvoreingenommener Perspektive mit den TeilnehmerInnen zu führen, wenn man einen Eindruck von den TeilnehmerInnen als „Einzelperson“ erhalten möchte.**

**Neben dieser Erfahrung zeigt das breite Spektrum der gewonnenen Verhaltens- und Kompetenzbeschreibungen sowie die darin enthaltenen Diskrepanzen im Rahmen der Umfeldbefragung, dass es im Rahmen einer Diagnostik unerlässlich ist, Bezugspersonen aus allen Lebenswelten einer Person zu befragen, wenn man ein möglichst objektives, ganzheitliches und vielschichtiges Bild von einem Menschen erhalten will. Dabei wird es als sinnvoll erachtet, zumindest einen Teil der Umfeldgespräche in den jeweiligen Einrichtungen zu führen, um einen persönlichen Eindruck vom Lebensumfeld und des Verhaltens der TeilnehmerInnen in den verschiedenen Bereichen, aber auch von der Interaktion zwischen den BetreuerInnen und den TeilnehmerInnen zu erhalten.**

**Nicht zuletzt ermöglicht erst die enge Zusammenarbeit und der persönliche Austausch zwischen den verschiedenen Professionen die Entstehung eines ganzheitlichen und integrativen Bildes von der jeweiligen Person.**

### **5.2.5 Diagnostik-Abschlussgespräch**

*Regina Eccher*

Im Diagnostik-Abschlussgespräch wurde den TeilnehmerInnen und ihren Eltern bzw. der Gesetzlichen Betreuung und/oder den BetreuerInnen **alle Informationen und Ergebnisse der Diagnostischen Phase** sowie die **Erkenntnisse aus dem Interdisziplinären Team-Gespräch** vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Des Weiteren wurden die **Empfehlungen** ausgesprochen, **Vereinbarungen** getroffen und wenn möglich ein **Thema für das Individuelle Programm** ausgewählt.

#### **Zum Setting**

Voraussetzung für das Stattfinden dieser Sitzung war die Teilnahme der TeilnehmerInnen. Weitere Teilnehmende waren die Eltern bzw. die Gesetzliche Betreuung. Es oblag den Eltern und den TeilnehmerInnen, ob sie BetreuerInnen aus den Bereichen des Wohnens und der Tagesstruktur zu dem Gespräch hinzuziehen wollten.

Größtenteils fanden die Treffen in den Projekträumen statt, zum Teil aber auch in den Einrichtungen, um den BetreuerInnen zeitlich entgegen zu kommen.

Geführt und moderiert wurde das Gespräch von jeweils einer der Projektleiterinnen.

Die Gespräche dauerten je nach Zusammensetzung der Gruppe zwischen 1 und 2 Stunden.

#### **Zur Stellung der TeilnehmerInnen**

Innerhalb des gesamten Treffens wurde versucht, in einfacher Sprache zu sprechen, damit die TeilnehmerInnen die Möglichkeit hatten den Inhalten zu folgen. Gleich zu Beginn des Gesprächs wurde ihnen vermittelt, dass sie bei Verständnisschwierigkeiten oder wenn sie eine Pause benötigten, das Gespräch unterbrechen sollten.

Um für die TeilnehmerInnen in dieser ungewohnten Situation eine angenehme Atmosphäre entstehen zu lassen, wurde bei der Ergebnis-Vorstellung großer Wert darauf gelegt, einzelne Situationen der Diagnostik für die TeilnehmerInnen noch einmal in die Gegenwart zu rufen. Des Weiteren wurde darauf geachtet, dass die TeilnehmerInnen während der ganzen Sitzung im Mittelpunkt des Geschehens blieben und ihnen nicht zu häufig das Wort genommen wurde. So wurden sie immer

wieder angesprochen, und wenn möglich bei der Besprechung der gesammelten Informationen und Ergebnisse nach ihrer Einschätzung und Meinung gefragt. Hatte die Projektleiterin das Gefühl, dass die TeilnehmerInnen nicht folgen konnten oder ermüdeten, wurde das Tempo gedrosselt bzw. eine Pause gemacht.

### **Vorgehensweise**

Zu Beginn wurden die TeilnehmerInnen und ihre Begleitpersonen zunächst über die Inhalte der Sitzung und die geplante Vorgehensweise informiert. Da aus organisatorischen Gründen zwischen dem Erstgespräch und dem Diagnostik-Abschlussgespräch meist einige Wochen lagen, wurden die verschiedenen Treffen innerhalb der Diagnostischen Phase noch einmal in Erinnerung gerufen und zusammengefasst.

Möglicherweise hatten sich im Verlauf der Diagnostik auch die Lebensumstände der TeilnehmerInnen geändert oder neue Inhalte Eingang gefunden, die in diesem Fall vorab thematisiert wurden.

An erster Stelle wurden die Ergebnisse der **medizinischen und psychologischen Diagnostik** vorgestellt und diskutiert. Im Anschluss daran wurden die gesammelten Informationen zum Verhalten der TeilnehmerInnen in den **10 Lebensbereichen** präsentiert. Da diese Informationssammlung in der Regel sehr umfangreich war, wurde hier auf eine vollständige und detaillierte Darstellung verzichtet und die einzelnen Lebensbereiche in Hinblick auf ihre wichtigsten Inhalte und Aspekte zusammengefasst (hier: Kompetenzen im Hinblick auf selbstständiges Verhalten, Selbstbestimmung sowie Teilhabe an der Gesellschaft). Zum Teil kam es bei der Vorstellung der gesammelten Informationen zu nachträglichen Ergänzungen oder Korrekturen von Seiten der TeilnehmerInnen, der Eltern oder der BetreuerInnen.

In diesem Zusammenhang wurden auch die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Diskrepanzen hinsichtlich der Beschreibung des Verhaltens oder der Kompetenzen der TeilnehmerInnen thematisiert, mit dem Anwesenden diskutiert und gemeinsam nach Ursachen gesucht.

Nach der Vorstellung und Diskussion der gesammelten Informationen und Ergebnisse der Diagnostischen Phase wurden die **Empfehlungen aus den verschiedenen Bereichen** vorgetragen. Es gab Empfehlungen, die vom Projekt umgesetzt werden konnten und andere, wie z.B. Arztbesuche, die personell oder

finanziell nicht vom Projekt getragen werden konnten. Für diese Empfehlungen, dies betraf vor allem die „allgemeinen“, „medizinischen“ und „therapeutischen“, wurden verbindliche Vereinbarungen zu deren Organisation und Umsetzung getroffen (hier u.a.: Einleitung von Arztbesuchen, Kontakte zu Ämtern, TherapeutInnen etc.).

Bei der Vorstellung der Empfehlungen zu den 10 Lebensbereichen, die auf die Erhöhung der Selbstständigkeit, der Selbstbestimmung und der Teilhabe an der Gesellschaft ausgerichtet waren, wurden neben den vom Team formulierten Empfehlungen auch noch einmal **explizit die von den TeilnehmerInnen geäußerten Wünsche, Ziele und Bedürfnisse** hinsichtlich ihrer Lebenssituation und möglicher IP-Inhalte aufgeführt (s. Kap. 6). Alle potenziellen IP-Inhalte wurden in der Runde besprochen.

**Gemäß des Grundkonzepts von InDiPro, nahmen bei der Auswahl der IP-Themen die Wünsche und Interessen der TeilnehmerInnen einen ganz zentralen Stellenwert ein.**

Manche TeilnehmerInnen wussten genau, welche Inhalte sie im Individuellen Programm bearbeiten wollten und entschieden sich sehr rasch. Andere TeilnehmerInnen hingegen hatten Entscheidungsschwierigkeiten. Zum einen standen meist mehrere Inhalte zur Auswahl, zum anderen konnten viele TeilnehmerInnen sich unter den verschiedenen Themen nichts Genaues vorstellen oder aber nicht einschätzen, was auf sie zu kommen würde. In diesen Fällen unterstützte die Projektleitung die TeilnehmerInnen, in dem sie die verschiedenen Themen näher erläuterte oder sie – je nach den individuellen Möglichkeiten der TeilnehmerInnen – an der Tafel schriftlich oder mit Hilfe von Bildkarten darstellte, so dass den TeilnehmerInnen der Überblick über die verschiedenen Themen leichter fiel.

Einige der TeilnehmerInnen trafen in diesem Gespräch keine Entscheidung und teilten sie dem Team zu einem späteren Zeitpunkt mit. Bei anderen kristallisierten sich die präferierten Themenbereiche erst im Individuellen Programm heraus.

Wenn die TeilnehmerInnen nicht verbal kommunizieren konnten und auch nicht in der Lage waren auf Bildkarten zu zeigen, wurde sich in Regel als erster IP-Inhalt auf den Bereich der „Kommunikation“ geeinigt.

Wählten die TeilnehmerInnen ein Thema aus, das sie gerne realisieren wollten, wurden hierzu **Vereinbarungen** getroffen (u.a. Ort und Zeit des Individuellen Programms). **Es wurde großer Wert darauf gelegt, dass das Umfeld mit den IP-Wünschen der TeilnehmerInnen in Einklang stand. Die Erfahrung hatte gezeigt, dass Bildungsinhalte vor allem dann erfolgreich in die Praxis umgesetzt werden konnten, wenn das Umfeld diese aktiv mit unterstützte oder mindestens tolerierte.**

Äußerten die TeilnehmerInnen und die Eltern/BetreuerInnen unterschiedliche Vorstellungen oder lösten die Wünsche der TeilnehmerInnen bei den Angehörigen oder BetreuerInnen Ängste aus, wurde bereits während des Diagnostik-Abschlussgesprächs Zeit darauf verwendet, ggf. auftretende Konflikte zu thematisieren, aufzufangen und zu regulieren. Wenn sich z.B. eine Projektteilnehmerin gewünscht hatte, das Bus fahren zu üben und dies bei den Eltern diverse Ängste auslöste, wurde bereits vorab versucht den Aufbau dieses Individuellen Programms gemeinsam so zu strukturieren, dass die Eltern Vertrauen in die Organisation und Vorgehensweisen im Individuellen Programm gewinnen konnten.

Bei den Diskussionen um die IP-Inhalte wurde sehr darauf geachtet, dass die **Wünsche** der TeilnehmerInnen innerhalb dieses Prozesses im Vordergrund blieben. Nur wenn die Wünsche von TeilnehmerInnen und Eltern bzw. BetreuerInnen so divergierten, dass eine Zusammenarbeit zwischen den Parteien nicht zu Stande kam, wurde es in einzelnen Fällen als sinnvoll erachtet, den jeweiligen IP-Inhalt zeitlich zurück zu stellen und sich zunächst auf einen anderen Inhalt zu konzentrieren. Durch diese Vorgehensweise sollte verhindert werden, dass sich die Durchsetzung eines konfliktbeladenen Themas negativ auf die praktische Phase des Individuellen Programms auswirken und Erfolge in diesem Bereich womöglich verhindern würde.

Nach der Vereinbarung des IP-Inhaltes wurde mit den TeilnehmerInnen und den Eltern bzw. BetreuerInnen/Wohnen die Gegebenheiten für den Erstkontakt zwischen den TeilnehmerInnen und dem/der IP-BegleiterIn vereinbart. **In der Regel einigte man sich darauf, dass die IP-BegleiterInnen sich im Wohnumfeld der TeilnehmerInnen vorstellten.** Des Weiteren wurden Vereinbarung hinsichtlich Ort und Zeit, an dem das Individuelle Programm stattfinden sollte, getroffen.

Nach dem Diagnostik-Abschlussgespräch wurde für jede/jeden TeilnehmerIn von je einer der beiden Projektleiterinnen ein **„Abschlussbericht zur Diagnostischen Phase“** erstellt (Ein Beispiexemplar findet sich im Anhang).

In diesen Bericht fanden die folgenden Inhalte Eingang:

- alle Informationen und Ergebnisse aus der medizinischen, psychologischen und pädagogisch / sozialen Diagnostik
- die ausgesprochenen Empfehlungen
- ergänzende, relevante Aspekte aus dem Diagnostik-Abschlussgespräch
- Vereinbarungen aus dem Diagnostik-Abschlussgespräch
- die vereinbarten Inhalte des Individuellen Programms.

Die Berichte wurden an die TeilnehmerInnen und deren Eltern bzw. Gesetzlichen Betreuung gesandt, mit der Bitte eine Kopie an die Wohnstätte und die Einrichtung der Tagesstruktur weiter zu leiten.

### **Erfahrungen**

Die Durchführung **einer Interdisziplinären Diagnostik aus neutraler Position**, die Aussprache **einrichtungsunabhängiger Empfehlungen** sowie die **Vernetzung von TeilnehmerInnen/Eltern und Institutionen** wurde von den involvierten Personen vorwiegend als positiv empfunden und bewertet.

**Insgesamt konnte beobachtet werden, dass der Bedarf und das Bedürfnis, sich mit einer neutralen Institution zusammen zu finden und eine „diagnostisch unabhängige Meinung“ einzuholen, bei Eltern, aber auch bei BetreuerInnen sehr hoch war.**

Viele Eltern/BetreuerInnen suchten zu bestehenden Diagnosen und/oder Einschätzungen ihrer Söhne/Töchter bzw. zu Betreuenden eine zweite Meinung und begrüßten es, „endlich einmal“ gemeinsam an einem Tisch zu sitzen und sich miteinander über die gegenwärtige Situation sowie über neue Möglichkeiten und Zukunftsperspektiven für die TeilnehmerInnen austauschen zu können.

Die unabhängige, interdisziplinäre Meinung des Projekt-Teams war von ganz besonderer Bedeutsamkeit, **wenn zwischen verschiedenen Parteien, so z.B. Eltern und Werkstatt oder Wohnstätte und Tagesförderstätte die Einschätzungen hinsichtlich einer Teilnehmerin/eines Teilnehmers so divergent**



**waren**, dass es zu Auseinandersetzungen zwischen den Parteien kam. Zum Teil führten die Ergebnisse und Erfahrungen aus der Diagnostischen Phase zu einer Klärung solcher „Streitfragen“, zum Teil kam es aber auch trotz einstimmiger, interdisziplinärer Meinung zu keiner Verbesserung der Ausgangslage für den/die jeweilige/n TeilnehmerIn. Da das Projekt, im Vergleich zum Status in Israel, über keinerlei Weisungsbefugnis verfügte, konnten manche eindeutige Diagnostikergebnisse und Empfehlungen nicht in die Praxis umgesetzt werden (so z.B. Empfehlungen zu differenzierteren med./psych. Untersuchungen, Medikamentenempfehlungen u.ä.).

Ein weiterer Aspekt, der von den meisten Eltern/BetreuerInnen als sehr positiv erlebt wurde war, dass das Projekt-Team – **über die Diagnostik und die Empfehlungen hinaus – koordinierte, supervidierte, neue Ideen und Anregungen einbrachte sowie bei der Umsetzung dieser neuen Inhalte aktiv zur Seite stand** (s. auch Kap. 6.5).

Darüber hinaus wurde im Externen Diagnostik-Abschlussgespräch **häufig erstmals eine Vernetzung des Umfeldes der TeilnehmerInnen** und damit ein Forum zum gemeinsamen und regelmäßigen Austausch initiiert. Obwohl dieser Wunsch in der Diagnostischen Phase von vielen Personen geäußert wurde, bedurfte es einer externen Koordination, wie auch Moderation, um ein solches Setting entstehen zu lassen.

### **Zur Rolle der TeilnehmerInnen**

Die **aktive Einbindung** der TeilnehmerInnen im Diagnostik-Abschlussgespräch war zum Teil für das Umfeld, wie auch für die TeilnehmerInnen selbst, **zunächst ungewohnt**. So vergaß z.B. ein Vater seine Tochter, eine Betreuerin den Betreuten zum Gespräch mitzubringen.

Bei einem Teil der TeilnehmerInnen mit schwerer Behinderung wurde von BetreuerInnen der Vorschlag gemacht, den/die TeilnehmerIn in der Gruppe zu belassen. Argumente hierfür waren häufig, dass der/die TeilnehmerIn körperlich sehr unruhig oder laut sei oder auf Grund seiner/ihrer Behinderung inhaltlich nicht folgen oder sich langweilen könne und dann unruhig werde. Entgegen dieser Einschätzung verhielten sich die meisten dieser TeilnehmerInnen in den Abschlussgesprächen

zurückhaltend und aufmerksam, auch wenn sie sich nicht aktiv zu den besprochenen Themen äußern konnten. Auch die Teilnehmer, die im Alltag durch reges Umherlaufen, lautes Rufen oder sonstige Verhaltensweisen auffielen, blieben relativ ruhig und schienen an der Situation interessiert zu sein, dass wichtige Menschen ihres **Umfeldes um einen Tisch saßen und über sie, wie auch mit ihnen, über verschiedenen persönliche Themen sprachen.**

Im Nachhinein waren die BetreuerInnen meist erstaunt darüber, dass die Gesprächssituationen sich in der Regel positiver gestaltet hatten, als dies zuvor angenommen worden war.

Die übrigen **TeilnehmerInnen verhielten sich in dieser abschließenden Runde sehr unterschiedlich.** Manche genossen es buchstäblich im Mittelpunkt zu stehen und brachten sich aktiv und wortreich ein, andere hingegen zeigten sich sehr zurückhaltend und überließen den anderen das Wort. Für Letztere reichte die Zeit dieses ersten Treffens in dieser Runde nicht aus, um sich zu orientieren, eine Position zu finden und in der Kürze der Zeit Vertrauen in diese neue Situation setzen zu können. Wie sich dieses Verhalten nach einigen Zusammenkünften aber auch verändern konnte, kann dem Kapitel 6.5 entnommen werden.

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt war, dass die TeilnehmerInnen von ihrem Umfeld sehr unterschiedlich auf diesen Termin vorbereitet wurden. Bei manchen Treffen wurde dem/der TeilnehmerIn vermittelt: „Du bist heute die Hauptperson und stehst im Mittelpunkt – das sind Deine Gäste“. Hier waren die BetreuerInnen mehr oder weniger ebenso „Gäste und Zuhörer“ und **der/die TeilnehmerIn nahm die Hauptrolle in der Runde ein.** Bei anderen Gesprächen diente die Zusammenkunft primär der Umfeldinformation **und die Projektleitung hatte u.a. die Aufgabe, den/die TeilnehmerIn darin zu unterstützen, im Fokus des Geschehens zu bleiben.**

### **Die TeilnehmerInnen und ihre Wünsche**

Die meisten **ProjektteilnehmerInnen entschieden sich** im Abschlussgespräch **für einen bestimmten Lernbereich**, den sie in dem sich anschließenden Individuellen Programm üben wollten.

Diese Vorgehensweise war für die TeilnehmerInnen selbst, wie auch für das Umfeld zunächst ungewohnt. In manchen Fällen äußerten Eltern oder BetreuerInnen andere Vorstellungen, **in der Regel wurden jedoch die Ziele der TeilnehmerInnen akzeptiert. Dabei wurde in vielen Fällen deutlich, dass die Bildungswünsche der Eltern bzw. der BetreuerInnen stark umfeldbezogen sind.** So wünschten sich z.B. die Eltern ein Training im Bereich Haushaltstätigkeiten, die BetreuerInnen aus dem Werkstattbereich sahen ein Trainingsprogramm zur Konzentrations- und Ausdauersteigerung für bedeutsam an – der Teilnehmer selbst hingegen wünschte sich das Lesen und Schreiben zu üben.

**Häufig entschieden sich die TeilnehmerInnen für Themeninhalte, die das Umfeld nicht von ihnen erwartet hätte** (z.B. allein einkaufen gehen, allein zur Ergotherapie laufen u.ä.). Oder Themen, die für die Eltern nicht von Bedeutung waren, stellten ein zentrales Bedürfnis der TeilnehmerIn dar. In dieser Situation wurde deutlich, **dass die Bedürfnislage der TeilnehmerInnen häufig dem Umfeld gar nicht konkret bekannt war.**

Auffällig war, dass insbesondere **die jüngeren TeilnehmerInnen** (15-20 Jahre) häufig kein großes Interesse an Inhalten zeigten, die „Lernen“ und die „Erhöhung der Selbstständigkeit“ zum Inhalt hatten. Diese TeilnehmerInnen entschieden sich in der Regel eher für altersadäquate Inhalte (Freunde besuchen, sportliche Aktivitäten, Besuch einer Diskothek o.ä.).

**Die älteren TeilnehmerInnen** wiederum äußerten vor allem Bedürfnisse nach mehr Selbstständigkeit, Lernen, Teilhabe am öffentlichen Leben und Freizeitangeboten nach der Werkstatt. Man kann sagen, dass das Lernen an sich im höheren Alter sozusagen wieder populärer wird.

**Entgegen mancher geäußerten Befürchtung des Umfeldes, äußerten alle TeilnehmerInnen realistische Ziele und Vorstellungen.**

Manche TeilnehmerInnen konnten sich, wie bereits erwähnt, trotz Unterstützung und Beratung im Abschlussgespräch, **für keinen IP-Inhalt entscheiden.** Wenn dieser Fall eintrat, wurde eine Entscheidung im Rahmen dieses Zusammentreffens nicht weiter forciert. Die Entscheidung für ein bestimmtes Thema wurde dem Projekt-Team in der Regel nach ein paar Tagen fermündlich mitgeteilt oder in einigen Fällen auch erst im Kontakt mit der IP-Begleiterin erarbeitet. In vielen Fällen **fehlte** den TeilnehmerInnen zu bestimmten Themenbereichen einfach **der**

**Erfahrungsreichtum**, um sich für etwas Konkretes entscheiden zu können. **Die Möglichkeit verschiedene neue Situationen zunächst einmal kennen zu lernen und auszuprobieren zu können, stellte für diese TeilnehmerInnen zunächst stets den ersten Schritt dar.**

Häufig zeigte sich, dass das **Verhältnis zu Selbstständigkeit, Teilhabe und Selbstbestimmung** bei Eltern **ambivalent** ist. Einerseits wünschen die Eltern sich einen Zuwachs an Selbstständigkeit bei ihren erwachsenen Kindern, andererseits sorgen sie sich um ihre Sicherheit. Das Projektteam half den Eltern, die Bedürfnisse und Ziele ihrer Kinder gemeinsam zu reflektieren und die IP-Inhalte so zu gestalten, dass die Eltern die Möglichkeit fanden, bei den neuen Schritten ihrer Kinder mitgehen zu können.

### 5.3 Resümee der Diagnostischen Phase

*Dr. Monika Lang*

Die heterogene Zusammensetzung des TeilnehmerInnenkreises des Projekts InDiPro, von TeilnehmerInnen mit leichter geistiger Behinderung, über wenig sprechende Menschen mit und ohne Autismus, bis zu TeilnehmerInnen mit schwerer Mehrfachbehinderung, erforderte eine flexible Umsetzung der Diagnostischen Phase, besonders auch im Bereich der psychologischen Diagnostik und bei der Verwendung der ABS-RC:2 (vgl. Kap. 5.2.1.1 und 5.2.3.1).

**Insbesondere der Personenkreis der nicht- und wenig sprechenden Menschen mit und ohne Autismus benötigte ein individualisiertes, an die (autismus)-spezifischen Bedürfnisse angepasstes diagnostisches Vorgehen, denn nur so war eine Annäherung an die Fähigkeiten, Vorstellungen und Wünsche der Person möglich. Eine große Gefahr bei nicht- und wenig sprechenden Menschen ist sonst, dass zu schnell aus dem Nicht-Zeigen einer Kompetenz auf deren Nicht-Vorhandensein geschlossen wird.**

Bei einem solchen, an die spezifischen Bedingungen der jeweiligen Person angepassten diagnostischen Arbeiten ist es von zentraler Bedeutung, die begrenzte Aussagekraft der eingesetzten diagnostischen Methoden zu berücksichtigen. Wenn z.B. im Rahmen der psychologischen Untersuchung eine jeweils unterschiedliche Kombination verschiedener Untertests benutzt wird, liegt immer eine Testminderung vor, so dass im eigentlichen Sinn nicht mehr von einem standardisierten Test, sondern eher von einer strukturierten Verhaltensbeobachtung gesprochen werden kann. Auch die an den heterogenen TeilnehmerInnenkreis angepasste Durchführung der ABS-RC:2 näherte das Verfahren teilweise einem Leitfaden für ein strukturiertes Interview an, mit einer daraus resultierenden eingeschränkten Aussagekraft.

**Hier wäre es in Zukunft wichtig und weiterführend, diagnostisches Erfahrungswissen zu diesem Personenkreis transparent und überprüfbar zu machen und so zu einem nachvollziehbaren kriteriengeleiteten diagnostischen Vorgehen zu kommen. Auf diese Weise könnte der erfahrungsgeleitete individuelle "Test-Cocktail" (siehe Kap. 5.2.3) fruchtbar werden für die**

**Entwicklung von allgemeinen Empfehlungen, welches diagnostische Vorgehen, mit welcher Kombination von Untertests verschiedener Verfahren, bei welchen Personen und Fragestellungen sinnvoll sein könnte.**

Ein multimethodales und interdisziplinäres diagnostisches Vorgehen, wie es im Rahmen von InDiPro auf der Basis eines israelischen Modells entwickelt und umgesetzt wurde, und bei dem die TeilnehmerIn und ihr soziales Umfeld direkt mit einbezogen wurden, gewährleistet aber trotz der genannten Problematik einen besonders dichten und reichhaltigen multiperspektivischen diagnostischen Prozess, der so auch wieder zu einer erhöhten Validität der erhobenen Daten und der daraus abgeleiteten Beschreibungen und Empfehlungen beitragen kann.

**Interdisziplinarität entwickelte sich dabei vorrangig durch den direkten Austausch von Ergebnissen und Schlussfolgerungen der unterschiedlichen Professionen im Rahmen des Interdisziplinären Teamgesprächs.**

**Hier konnten die eigenen professionellen Wahrnehmungen und Bewertungen in regelmäßiger und systematischer Weise überprüft, erweitert und eventuell auch verändert werden.**

Dieser gegenseitige professionelle Überprüfungsprozess wurde ergänzt durch die kommunikative Validierung, die im Rahmen des Diagnostik-Abschlussgesprächs durch die TeilnehmerIn und ihre wichtigsten Bezugspersonen erfolgte.

**Von Beginn bis zum Abschluss der Diagnostischen Phase und dem Übergang zum Individuellen Programm hatte die TeilnehmerIn somit Einflussmöglichkeiten auf den diagnostischen Prozess und seine Ergebnisse.**

**Ein weiterer wichtiger Aspekt, der im Rahmen eines solchen langfristiger angelegten prozessorientierten Vorgehens wie bei InDiPro, stärker berücksichtigt werden konnte, ist die Erfahrung, dass bei Menschen mit einer geistigen Behinderung das einmalige, punktuell erhobene Bild der Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht so stabil und generalisierbar ist, wie bei Menschen ohne geistige Behinderung.**

Hier gewährleistete eine interdisziplinäre mehrstufige Eingangsphase mit einer daran anknüpfenden spezifischeren Diagnostik im Rahmen des Individuellen Programms, dass die TeilnehmerIn die Möglichkeit hatte, ihre Potenziale deutlicher und umfassender zu zeigen, z.B. in strukturierten oder unstrukturierten Situationen, mit fremden oder eher vertrauten Personen, in bekannten oder neuen Räumen.

**Es gab im Rahmen von InDiPro Beispiele von Ermutigungsprozessen (vgl. Kap. 6), die bei vielen TeilnehmerInnen bereits in der Diagnostischen Phase begannen und sich dann im stabilen und längerfristigen persönlichen Kontakt mit der jeweiligen IP-BegleiterIn weiter verstärkt haben.**

Eine solche relativ umfassende, alle Lebensbereiche einer Person einbeziehende Diagnostische Phase, kann besonders im Kontext von biographischen Schwellensituationen (z.B. Frage des Wohnens unabhängig von der Herkunftsfamilie, Veränderung der Arbeitssituation usw.) im Jugend- und Erwachsenenalter, eine fundierte Basis für existentielle Entscheidungsprozesse bilden.

**Zentral war dabei, dass das InDiPro-Team mit dem Menschen mit Behinderung und seinem sozialen Umfeld in systematischer und nachvollziehbarer Weise einen Dialog begann, in dem die jeweiligen Sichtweisen, Empfehlungen und Wünsche artikuliert werden konnten.**

Mögliche nächste Handlungsschritte kristallisierten sich so in einem moderierten gemeinsamen Prozess langsam heraus.

**Ein wichtiges Ziel war dabei auch, für die TeilnehmerIn echte Entscheidungssituationen zu erreichen, in denen sie dann in mehr oder weniger begleiteter Form ihre Wahl treffen und so auch in verstärkten Maße Selbstbestimmungsmöglichkeiten erfahren konnte.**

Am Beispiel von Frau Kaiser (s. Kap. 6.3) wurde exemplarisch eine solche, eher dem israelischen Masterplan entsprechende Rolle von InDiPro, in fruchtbarer Weise erprobt.

In der Zukunft ist aber alternativ bzw. ergänzend zur umfassenden Diagnostischen Phase im Rahmen eines Masterplans, auch ein anderes mehrstufiges diagnostisches Vorgehen denkbar.

So könnte man auch zuerst von einem einzelnen konkreten Lebensbereich ausgehen, in dem sich eine Person weiterbilden möchte. Hier könnten dann in einem ersten Schritt nur die jeweils zur Umsetzung eines konkreten Individuellen Programms nötigen diagnostischen Informationen erhoben werden.

**Ein solches interdisziplinäres, auf ein Individuelles Programm bezogenes diagnostisches Arbeiten wäre besonders hilfreich im Rahmen von themenbezogenen, individuellen Angeboten der Erwachsenenbildung und bei der Vorbereitung von Menschen mit Behinderung auf ambulante Wohnformen oder auf Arbeitsplätze im Rahmen einer unterstützten Beschäftigung.**

#### **5.4 Literatur**

- Bundschuh, K. (1999) Einführung in die sonderpädagogische Diagnostik, 5. Neubearb. U. erw. Auflage. E. Reinhardt, München, Basel.
- Fachverbände (2001) Gesundheit und Behinderung. Diakonie-Verlag, Reutlingen
- Fornefeld, B. (2002). Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik, 2. durchges. Auflage. E. Reinhardt, München; Basel.
- Hofmann, C. & Brachet, I. (2002). Testdiagnostik bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung, 3, 255 - 265.
- Kandel, I.; Aminadaw, H. & Müller-Erichsen, M. (2003). Interdisziplinäre Diagnostik geistiger Behinderung in der israelischen Sozialgesetzgebung. Ein Konzept aus Israel im Modellversuch in Deutschland. In: Geistige Behinderung, 4, 329-337.
- Maluck, A. & Melchers, P. (2000). Validität, (Teil-) Leistungsdiagnostik und Förderansätze bei der Untersuchung geistig behinderter Erwachsener mit der Kaufman-Assessment Battery for Children (K-ABC). In: Heilpädagogische Forschung, Band XXVI, Heft 4, 181-191.



- Melchers, P. & Preuß, U. (1994). Kaufman - Assessment Battery for Children - deutschsprachige Fassung. 3. Auflage. Swets, Frankfurt.
- Neuhäuser G., Steinhausen H.C. (2003) Klinische Diagnostik und Früherkennung; in Neuhäuser G., Steinhausen H.C., Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation, 3. Aufl. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart (S.81-106).
- Nihira, K.; Leland, H. & Lambert, N. (1993). Adaptive Behavior Scale - Residential and Community, 2<sup>nd</sup>, Manual. Pro ed, Texas.
- Reynolds, C.R. & Clark, J.H. (1985). Profile analysis of standardized intelligence test performance of very low functioning individuals. In: Journal of School Psychology, 23, 277- 283.
- Seidel, M. (2003). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. In: Geistige Behinderung, 3, 244 - 254.
- Steffenburg U. et al. (1995) Active epilepsy in mentally retarded children. Prevalence and additional neuroimpairments. Acta Paediatrica 84, 1147-1152.
- Stromme P., Hagberg G. (2000) Aetiology in severe and mild mental retardation: a population based study of Norwegian children. Developmental Medicine and Child Neurology 42, 76-86.

## 6 Individuelles Programm (IP)

*Thomas Bauer / Kathrin Gattermann / Andrea Pahlich*

Das Individuelle Programm (IP) innerhalb des Projektes InDiPro verstand sich als **individuelles Bildungsprogramm**, das sich der Diagnostischen Phase anschloss. Der Inhalt des IP richtete sich nach den Wünschen und Bedürfnissen der jeweiligen TeilnehmerInnen. Des Weiteren orientierte es sich dabei didaktisch und methodisch an den **Lernvoraussetzungen** des einzelnen. Generell war das IP durch eine **prozessdiagnostische Struktur** geprägt, das heißt, dass die Vorgehensweise stetig angepasst wurde. Dies bedeutete auch, dass keine standardisierten Bildungsinhalte vermittelt wurden bzw. keine standardisierte Bildungsmethodik genutzt wurde. Durch das prozessdiagnostische Vorgehen war ein Höchstmaß an Individualität gewährleistet. Ein weiterer Grundpfeiler des IP war die Orientierung an der sog. dialogischen Entwicklungsplanung (vgl. Bensch/Klicpera 2002). Neben der Vermittlung von Kompetenzen stand auch die Suche nach **Überbrückungsmöglichkeiten** im Alltag im Vordergrund. Beispielsweise konnte es hilfreich sein, Farbpunkte als Markierung für Mengeneinheiten an einem Messbecher anzubringen, damit die Person selbstständig verschiedene Rezepte nachkochen konnte. Somit wurde die Voraussetzung, Ziffern erkennen zu können, überbrückt. Dies bedeutete auch, dass nicht ausschließlich „Trockenübungen“ durchgeführt wurden, sondern der **reale Prozess** der Rahmen für die IP-Stunden war. Daraus ergab sich ein weiteres Element des IP, nämlich die **Lebensweltorientierung**. Die TeilnehmerInnen konnten mit den IP-BegleiterInnen vor Ort die notwendigen Fertigkeiten erlernen (Beispiel Bus fahren: Die Strecke, die gebraucht wird). Zudem gestalteten sich die Themen entsprechend alltagsorientiert (Einkaufslisten verständlich für die TeilnehmerInnen in Symbol, Wort und Bild sowie nach Wunsch und Gebrauch; Erlernen der Schriftsprache mit Elementen des Alltags).

Zusammenfassend ergaben sich somit drei Grundpfeiler der IP:

1. **Individuelle Themenwahl**
2. **Individuelle Anpassung der Bildungsmethodik und Didaktik**
3. **Individuelle Orientierung an der Lebenswelt und dem Alltag der TeilnehmerInnen**

**Als Ziele des IP wurden zum einen die Erhöhung der Selbstständigkeit im gewählten Bereich, zum anderen die Entwicklung und Erhöhung der Selbstbestimmung und der Teilhabe definiert.**

Im Laufe des Projektes stand auch die Auseinandersetzung mit der Bezeichnung des IP im Mittelpunkt der Diskussion. Wie schon geschrieben, wurde sich für die Bezeichnung „Bildungsprogramm“ entschieden. Zu Grunde lagen die Ausführungen von Otto Speck, der die Aufgaben von Erwachsenenbildung wie folgt beschreibt.

1. Der Aspekt der Persönlichkeitsbildung, der sowohl dem Erfahren der eigenen Person und der Selbstverwirklichung als auch dem Erwerb von Fertigkeiten zur Selbstversorgung und zur Sicherung der eigenen Existenz dienen.
2. Der Aspekt der Hilfe zur sozialen Teilhabe und zur Umwelterweiterung (vgl. Speck 2005, 331f.).

Diese Elemente spiegeln sich in dem IP praktisch wider, indem sie sich an Jugendliche und (junge) Erwachsene richteten und die Kernelemente „Selbstbestimmung“, „Selbstständigkeit“ und „Teilhabe“ vereinten.

## **6.1 Organisation**

Um eine Vorstellung zu bekommen, wie die Programme in der Praxis umgesetzt wurden, ist es notwendig auf die organisatorischen Abläufe Bezug zu nehmen.

Das IP startete für den TeilnehmerInnen mit Abschluss der Diagnostischen Phase, welche mit dem Diagnostik-Abschlussgespräch endete. Meist fanden hier erste Vereinbarungen zum Themeninhalt des jeweiligen Programms statt.

Insgesamt gingen von den 63 TeilnehmerInnen der Diagnostischen Phase 59 in das IP.

Das IP wurde von nebenamtlichen MitarbeiterInnen, vorrangig StudentInnen umgesetzt. Insgesamt waren 34 IP-BegleiterInnen von August 2003 bis August 2005 innerhalb des Projektes angestellt. Das Spektrum der (zukünftigen) Professionen zeigte sich folgendermaßen:

- 20 StudentInnen der Heil- und Sonderpädagogik (Lehramt/Diplom) sowie ausgebildete LehrerInnen;
- 8 ErzieherInnen und HeilerziehungspflegerInnen,
- 4 StudentInnen der Psychologie und ausgebildete Diplom-PsychologInnen;

2 StudentInnen aus den Fachbereichen Sozialwissenschaften und Theaterwissenschaften.

Alle IP-BegleiterInnen hatten im Bereich der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen Erfahrung; zudem war als eine weitere Voraussetzung eine hohe zeitliche Kontinuität sicher zu stellen, um innerhalb des IP einen ständigen Wechsel zu vermeiden. Dies konnte aber nicht immer gewährleistet werden. Insgesamt konnte bei 29 TeilnehmerInnen eine konstante Begleitung ermöglicht werden.

Die Laufzeit der IP variierte je nach Eintritt und Beendigung der Diagnostik. Das erste IP startete im August 2003 und das letzte im Januar 2005. Daraus ergab sich ein Zeitraum von 9 bis 26 Monaten. Der Mittelwert der IP-Laufzeiten lag bei ca. 18 Monaten.

### **6.1.1 Ablauf**

Die IP-BegleiterInnen wurden vor dem ersten Kontakt, mit den TeilnehmerInnen, durch eine MitarbeiterIn des Projekt-Teams vorinformiert und mit ersten Grunddaten vertraut gemacht (Wohnort; Arbeitsstätte; wichtige medizinische Informationen [z. B. Epilepsie]; persönliche Eindrücke aus der Diagnostik).

Innerhalb des Ersttreffens wurden dann Kontaktdaten ausgetauscht und erste Terminvereinbarungen getroffen. Zudem wurde die Einverständniserklärung für die Einsicht der IP-BegleiterIn in die bisher erhobenen Daten eingeholt.

Im Anschluss an das Treffen fand dann ein Meeting mit einer MitarbeiterIn aus dem Projekt-Team statt, um die Eindrücke aus dem Kontakt zu besprechen. Es wurden die ersten Schritte geplant bzw. weitere Termine mit den kooperierenden Institutionen vereinbart, falls das IP dort stattfinden sollte. Zusätzlich zu dem verbalen Austausch wurden die ersten Eindrücke von dem/der jeweiligen StudentIn in einer offenen Dokumentation festgehalten.

**Die IP-Treffen fanden wöchentlich für zwei Stunden statt, häufig in der Wohn- oder Tagesstätte der jeweiligen TeilnehmerInnen.** Die Termine wurden in einem Abgleich zwischen IP-BegleiterInnen und TeilnehmerInnen bestimmt. Es wurde sehr viel Wert auf eine hohe zeitliche Kontinuität gelegt, so dass die Termine an einem festen Tag und zu einer festen Uhrzeit stattfanden. Die zeitliche Vorgabe von zwei Stunden pro Woche konnte flexibel genutzt werden, so dass es möglich war, für größere Aktivitäten Stunden „aufzusparen“ oder aber die Stunden prinzipiell auf zwei Termine wöchentlich zu verteilen. Diese Aufteilung der Stunden spricht auch noch

einmal für die Individualität der Programme. Ursache für das Abweichen von den regulären 120 Minuten IP-Zeit waren entweder die individuellen Voraussetzungen der TeilnehmerInnen (z. B. Aufmerksamkeitsspanne bzw. Konzentrationsfähigkeit) oder der Umfang der Aktivität im IP selbst (z. B. Zug fahren). Im Durchschnitt konnten die zwei Stunden pro Woche ausgeschöpft werden.

### **6.1.2 Dokumentation der Stunden**

Jedes Treffen zwischen TeilnehmerInnen und IP-BegleiterIn wurde seitens der IP-BegleiterIn dokumentiert und möglichst zeitnah an das Team vorrangig per E-Mail gesendet. Diese teilstrukturierte Dokumentation beinhaltete folgende Angaben:

- 1. Kopfdaten: Name IP-BegleiterIn; Name TeilnehmerInnen; Ort; Datum; Uhrzeit/Dauer.**
- 2. Informationen zum IP: Übergeordnetes Thema; Einzel- oder Gruppen-IP; Inhalt des Treffens (Vorbereitung).**
- 3. Informationen zum Ablauf des Treffens: Aktuelle Verfassung der TeilnehmerInnen; „Ergebnis“ der Stunde (Informationen zum Ablauf und den Reaktionen/ dem Verhalten der TeilnehmerInnen darauf); emotionale Reaktionen der TeilnehmerInnen während des IP.**
- 4. Bemerkungen: Veränderungen hinsichtlich des Themas; Kooperation mit Umfeld; Terminabsprachen; eventuell weitere wichtige Informationen.**

Zu Beginn der IP wurden auch unterschiedlich strukturierte Dokumentationsformen getestet, die individuell auf die Themenbereiche abgestimmt waren. Dies betraf gerade alltagspraktische Themen, wie Busfahren, Uhr lesen, Wäsche waschen u. Ä. Letztendlich wurde deutlich, dass diese Variante wegen des zu hohen Zeitaufwands und der zu geringen Informationsdichte nicht dauerhaft praktikabel war. Die vorliegenden Bögen wurden dann aber als Protokollbögen im jeweiligen Bereich benutzt und konnten so gute Ansätze für die nächsten Inhalte und Schwerpunkte liefern. Ein Beispiel für ein solches Beobachtungsprotokoll ist im Abschnitt „Lebensbereich 9: Teilnahme am öffentlichen Leben“ zu finden.

### **6.1.3 Abschluss der Individuellen Programme**

Wie das gesamte Projekt fanden auch die IP ein Ende. Dieses wichtige Ereignis wurde auf mehreren Ebenen vollzogen und von Teamseite gestaltet bzw. begleitet. Formal fanden im Zeitraum von Mai bis Juli 2005 die sog. **Projektabschlussgespräche** statt. Des Weiteren wurde, entsprechend dem Abschlussbericht zur Diagnostischen Phase, nach Abschluss der IP eine Zusammenfassung geschrieben, die Eltern und Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurde. Sie gliederte sich wie folgt:

1. Kopfdaten: Dauer der Diagnostischen Phase, Dauer des Individuellen Programms, Anzahl der Evaluationsgespräche,
2. Inhalte des IP: Themen und die entsprechenden Veränderungen,
3. Ausblick: Empfehlungen zur Weiterführung bzw. Empfehlungen für den Alltag.

Für die TeilnehmerInnen wurde eine Urkunde in einfacher Sprache angefertigt, die über die Themen schriftlich und bildlich Auskunft gab. Die Urkunden wurden im Rahmen eines Abschlussfestes überreicht.



**Abbildung 2 Urkunde für einen Teilnehmer**

Ein wichtiger Bestandteil der Schlussarbeit war auch die Supervision der IP-BegleiterInnen gerade in Bezug auf die Gestaltung und die aktive Auseinandersetzung mit dem Ende der IP. Zu diesem Thema gibt das Kapitel „IP-BegleiterInnen“ weiteren Aufschluss.

## **6.2 Themenbereiche der Programme**

Im Rahmen der Individuellen Programmphase wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Inhalte bearbeitet. Die nachfolgende Tabelle 14 gibt einen kompakten Überblick über die jeweiligen Inhalte der Programme. Insgesamt wurden dabei 59 TeilnehmerInnen begleitet. Die Auflistung orientiert sich an der Gliederung der zehn Lebensbereiche, die schon in Kapitel 3 beschrieben wurden. Es gestaltete sich schwierig, bei der

Auflistung eine optimale Trennschärfe zu erreichen, da viele Themen miteinander verwoben sind und sich nicht nur einem Themenbereich zuordnen lassen.

Lebensbereiche	Themenbereiche								Gesamt
Bereich 1 Kommunikation	Unterstützte Kommunikation 24								24
Bereich 2 Selbstfürsorge	Mobilität 5	Essen 2	WC 2	Hygiene 3					12
Bereich 3 Tägliches Leben	Einkaufen 17	Geld 12	Telefon 6	Kochen 6	Schuhe 4	Uhr 3	Wäsche 1	Putzen 1	50
Bereich 4 Soziale Kompetenz	allgemein 8								8
Bereich 5 Selbstbestimmung	Grundkonzept 59								59
Bereich 6 Gesundheit	Verkehrssicherheit 16								16
Bereich 7 Lernen	Schriftsprache 8	Wissen 5	Anregung 5	Mengen, Zahlen 2					20
Bereich 8 Freizeit	Fahrrad 4	Angebote kennen lernen 4	Sport 1	Internet 2	Musik 1	PC 1			13
Bereich 9 Öffentl. Leben	Bus 5	Angebote kennen lernen 4	Schwimmbad 1	Cafebesuch 1	Bibliothek 2	Orientierung 1			14
Bereich 10 Arbeit	Feinmotorik 3								3

**Tabelle 14 Themenbereiche der Individuellen Programme**

Um diesen groben Überblick zu präzisieren, werden im Folgenden die einzelnen Lebensbereiche und deren Themenvielfalt noch einmal explizit aufgeführt. Für ausgewählte Bereiche werden Fallbeispiele angeführt, damit ein besserer Einblick in die IP möglich wird.

### **6.2.1 Lebensbereich 1: Kommunikation**

Im Bereich der Kommunikation dominierte die „Unterstützte Kommunikation“ mit all ihren Facetten. Das Spektrum erstreckte sich von den Ansätzen der Basalen Kommunikation bis hin zur Programmierung und dem Einsatz von elektronischen Kommunikationshilfen. Eine Kurzdarstellung der Themen gibt noch einmal detailliert Aufschluss über das Spektrum, das in drei Kategorien eingeteilt werden kann:

*Symbol- und Bildkarten:* Hier standen Karten als Hilfsmittel zur Kommunikation im Vordergrund. Die Karten konnten sowohl für Aktivitäten, Orte oder Gegenstände stehen. Bei einem Teilnehmer mit autistischen Verhaltensweisen wurde nach dem Konzept des Picture-Exchange-Communication-Systems (PECS) gearbeitet.



*Elektronische Hilfsmittel:* Insgesamt kamen sechs verschiedene elektronische Hilfsmittel zum Einsatz. Dies waren Ein- (sog. BigMäck) bzw. Zwei-Tasten-Talker (e-Talk2), die im Rahmen der Anbahnung von elektronischen Hilfsmitteln eine große Rolle gespielt haben. Ein häufiges Element war die Integration der Talker in Liedtexte, so dass die TeilnehmerInnen den aufgenommenen Refrain selbst auslösen konnten und somit aktiv am Lied beteiligt waren. Bei den komplexeren Talkersystemen waren Delta-Talker, DigiVox, Alpha-Talker und DynaVox im Einsatz. Bei dem genutzten Delta-Talker wurde die Deutsche Wortstrategie (Minspeak) eingeführt (siehe nachfolgendes Fallbeispiel). Als positives Medium zur „Talkertestung“ erwies sich der sog. „Memotronic“. Dies ist ursprünglich ein „Spielgerät“, das über acht einzeln belegbare Tasten verfügt. Dieses im Verhältnis zu den übrigen angebotenen Talkern kostengünstige Gerät, bot die Möglichkeit, einen Talker auszuprobieren und für die TeilnehmerInnen anzubahnen.

*Basale Kommunikation sowie Anregung zur Kommunikation:* In diesem Themenfeld lag der Schwerpunkt auf der Vermittlung von Sinneseindrücken und der sensiblen Rezeption der daraus entstehenden Äußerungen. Des Weiteren stand die Anregung zur Kommunikation durch Handlungen (z. B. Kochen) oder spielerische Aktivitäten im Vordergrund.

Exemplarisch sollen hier zwei IP aus diesem Bereich dargestellt werden.

**Herr Euler (Teilnehmer-Nummer 13) war zu Beginn der Diagnostischen Phase 27 Jahre alt, wohnte in einer Wohnstätte für Menschen mit Behinderung und besuchte eine Tagesförderstätte. Er ist körperlich mobil, nicht sprechend und verleiht über Gestik und Mimik elementaren Bedürfnissen Ausdruck.**

**Innerhalb des IP wurde Herr Euler 23 Monate durch zwei Studentinnen begleitet. Der Schwerpunkt lag auf der Suche nach einer alternativen Kommunikationsmöglichkeit, die ihm ein breiteres Spektrum der Bedürfnisäußerung ermöglichen sollte.**

**Zu Beginn der Treffen stand erst einmal der Beziehungsaufbau, der durch Spazieren gehen und verschiedene kognitive Angebote gestaltet wurde. Im Rahmen der ersten Angebote wurde deutlich, dass Herr Euler Farben und Formen unterscheiden und Bilder adäquat differenzieren konnte. Erste Versuche mit Bildkarten, die die Situation des Essens und Trinkens abbildeten verliefen positiv. Innerhalb des weiteren Vorgehens wurde deutlich, dass er die Bildkarten für die Bedürfnisse „Essen“, „Trinken“, „Spazieren gehen“ und**

„Entspannung“ (ein weiteres Angebot der Studentin) benutzen konnte. Im weiteren Verlauf wurde dann der Fokus auf das Thema „Spazieren gehen“ und die Wahl von Zielorten gelegt. Die Studentin entwickelte ein Kommunikationsbrett, an dem verschiedene Bildkarten mit Klettverschluss angebracht waren. Die Bildkarten zeigten Herrn Euler bekannte Orte in seiner Wohnumgebung. Mit diesen Bildkarten konnte Herr Euler die IP-Stunde strukturieren, indem er den Zielort selbst bestimmte und ihn in Begleitung aufsuchte.

Die letzten Evaluationsgespräche zeigten, dass auch in der Wohnstätte die Bereitschaft da war, das Kommunikationssystem weiter zu verwenden.

Frau Röder (Teilnehmer-Nummer 43) war zu Beginn der Diagnostischen Phase 30 Jahre alt, wohnte bei ihren Eltern und besuchte die Tagesförderstätte. Frau Röder ist auf Grund einer spastischen Tetraparese auf den Rollstuhl angewiesen. Sie bediente diesen selbstständig. Sie wurde 14 Monate von einer Studentin im IP begleitet. Der Schwerpunkt der Treffen lag bei den Themen „Umgang mit dem Delta-Talker“ und „weitere Kommunikationsmöglichkeiten“. Wie schon aus der Diagnostischen Phase bekannt, kann Frau Röder lesen und sich mit Hilfe einer PC-Tastatur und eines Kopfstabes schriftlich äußern. Zudem spricht sie einige Worte, die aber oft für das Umfeld unverständlich sind. Neben der Weiterführung von logopädischen Übungen standen die Themen Delta-Talker und PC im Vordergrund. Bei dem genutzten PC wurde der Tastendruck und die Wiederholrate der Tasten angepasst. Im inhaltlichen Bereich unterstützte die Studentin Frau Röder mit strukturierenden Fragen, damit sie die gewünschten Briefe schreiben konnte.

Um den Delta-Talker adäquat zu nutzen, wurden verschiedene Strategien eingeübt. Zuerst wurden Sätze gespeichert, die Frau Röder im Vorfeld selbst schriftlich fixierte. Diese Sätze konnten durch die Kombination zweier Symbole ausgelöst werden. Des Weiteren wurde Minspeak (Deutsche Wortstrategie) eingeführt.

Durch dieses System werden einzelne Worte durch drei kombinierte Symbole bestimmt. Das System verfügt über ein großes Spektrum von Kombinationen und verlangt ein gutes Symbolverständnis und ein gutes Gedächtnis. Im Verlauf des IP zeigte sich, dass Frau Röder das Minspeak-System langsam zu

**beherrschen lernte. Alltagswörter und Sätze konnte sie ohne Probleme auslösen. Es wurde aber auch deutlich, dass sie sich besser Zwei-Symbol-Kombinationen merken und dadurch die eingespeicherten Sätze auslösen konnte. Die Tagesförderstätte unterstützte das IP, indem sie die Symbolkombinationen in den Alltag integrierte und die betreffenden Gegenstände mit diesen markierte (Beispiel: Tassen, Besteck, Wochenpläne, Geburtstagskalender etc.). Des Weiteren erklärten sich die BetreuerInnen der Tagesförderstätte bereit, die Themen weiter zu verfolgen.**

In diesem Bereich konnte auf die breite Erfahrung einer IP-Begleiterin zurückgegriffen werden, die den anderen IP-BegleiterInnen zusätzlich zum Projekt-Team beratend zur Seite stand. In einem Fall wurde auf eine externe Beraterin zurückgegriffen, auf deren weitere Zusammenarbeit aber aus Kostengründen verzichtet wurde. Des Weiteren wurde mehrmals mit unterschiedlichen Anbietern von elektronischen Kommunikationshilfen zusammengearbeitet, um eine adäquate Abstimmung des jeweiligen Produktes zu erreichen.

### *Beobachtungen*

Während der Umsetzung der IP im Themenbereich „Unterstützte Kommunikation“ zeigte sich, wie wichtig eine **gute Fachberatung** ist. Sie darf sich aber nicht nur auf die Auswahl des geeigneten Talkers etc. beschränken, sondern muss viel weiter greifen. Vor allem in der Anfangsphase muss eine adäquate Beratung sichergestellt werden. Häufig wurde beobachtet, dass Talker vorhanden waren, sie aber nur bedingt den Bedürfnissen der TeilnehmerInnen entsprachen. So wurde in einem IP deutlich, dass die Person die Bilder auf dem Talker nicht differenzieren konnte und so die Bedienung einen anderen Schwerpunkt erhalten musste. Die Beratung muss vor allem das Personal mit einbeziehen. Unter den BetreuerInnen sind die Bedenken, mit elektronischen Geräten umzugehen, sehr weit verbreitet. Ihnen muss die Möglichkeit gegeben werden sich durch **individuelle Schulung** in die Bedienung und Programmierung solcher Geräte einzufinden. Weiter brauchen die BetreuerInnen Anregung, wie sie die Nutzung des Talkers in den Alltag einbinden können.

Dieser Aspekt spielt auch für die Personen eine Rolle, die keine elektronischen Hilfsmittel benutzen. Es bedarf einer **hohen Sensibilität, Kommunikationsprozesse zu gestalten bzw. zu ermöglichen**. Wie kann ich die

Kommunikationsformen eines Menschen so in seinen Alltag einbinden, dass er ein höheres Maß an Selbstbestimmung erlangt? Um für dieses Thema sensibel zu machen, bedarf es geeigneter Fortbildungskonzepte in diesem Bereich. Die Interaktion zwischen TeilnehmerInnen und BetreuerInnen sowie deren Initiative sind maßgebend für den Verlauf des IP.

### **6.2.2 Lebensbereich 2: Selbstfürsorge**

Der Themenbereich umfasste drei wesentliche Gebiete: „Mobilität“, „Essen“ und „Hygiene“.

Der Themenbereich „Mobilität“ erstreckt sich von begleitenden / unterstützenden Angeboten über den Einsatz von Gehhilfen bis hin zum Training im Umgang mit dem Rollstuhl. Diese Themeninhalte stellten meist begleitende Maßnahmen zu anderen Themen dar. Einen zentralen Punkt nahm die Kombination aus Mobilität und Kommunikation ein. Die Möglichkeit, die Richtung der Fortbewegung durch aktive Kommunikation zu beeinflussen, war für die aktive Selbstbestimmung zuträglich. Diese aktive Kommunikation wurde meist durch Handlungen wie „in eine bestimmte Richtung laufen“ oder aber auch durch Fokussieren auf ein Ziel deutlich.

Der Themenbereich „Essen“ wurde ebenfalls als Kommunikationsmöglichkeit gesehen, so dass hier auch Entscheidungen über Essen und Trinken selbstbestimmt getroffen wurden. Der Ansatz der IP war, die gemachten Erfahrungen an das Umfeld weiter zu geben, um so eine Einbettung in den Alltag zu gewährleisten.

Der Bereich der „Hygiene“ beinhaltete die Themengebiete „Toilettenverhalten“, „Mundhygiene“ (Zähneputzen) und „allgemeine Körperpflege“. Auch hier konnten die gemachten Erfahrungen mit dem Umfeld im Alltag abgestimmt werden. Öfters haben sich die IP-BegleiterInnen die Zeit genommen und verschiedene Möglichkeiten der selbstständigen Umsetzung ausprobiert. Meistens mit deutlichem Erfolg, so dass sich die TeilnehmerInnen selbstständig in diesem Bereich versorgen konnten. So gelang es beispielsweise, einer Frau mit spastischer Tetraparese das selbstständige Zähneputzen zu ermöglichen unter der Bedingung, dass ihr die Zahnbürste in verschiedenen Stellungen in die Hand gegeben wurde.

#### *Beobachtungen*

In diesem Bereich kann das Umfeld **ohne zeitlichen Mehraufwand** gerade bei den Menschen mit schwerer Behinderung zu mehr **Lebensqualität** beitragen, z. B. durch

das Anreichen des Essens auf Augenhöhe und gleichzeitiger verbaler Begleitung der Handlung.

Aber auch ein **Mehraufwand**, der beispielsweise durch ein Toilettentraining entsteht, ist mit dem Blick auf die **Lebensqualität** der jeweiligen TeilnehmerInnen und der späteren Erleichterung für das Personal **gerechtfertigt**.

### **6.2.3 Lebensbereich 3: Tägliches Leben**

Der Lebensbereich des „Täglichen Lebens“ zeigte das vielfältigste Spektrum. Häufig wurden Themenüberschneidungen in einem IP gemeinsam behandelt.



Für die TeilnehmerInnen stand vor allem der Aspekt des „Kochens“ und „Einkaufens“, einhergehend mit dem Thema „Umgang mit Geld“ im Vordergrund. In diesem Themenbereich wurde der Ansatz der Überbrückungsmöglichkeiten am deutlichsten. Die meisten Rezepte und Einkaufslisten basieren auf Schriftsprache, zu der die TeilnehmerInnen in den meisten Fällen keinen Zugang haben. Deswegen wurde vorwiegend mit Bildrezepten gearbeitet, wobei sich das Buch „Einfaches Kochen nach Fotos“ (Thoma-Heizmann u. a. 2003) als sehr hilfreich erwies. Der Ansatz der Bildkarten wurde meist auch im Bereich des Einkaufens gewählt, wobei hier individuell erstellte Einkaufskarten dominierten. Diese konnten z. B. Symbolsammlungen oder Ausschnitte aus Werbeprospekten sein. Bei dem Thema „Einkaufen“ stellte sich oft das Problem, dass es am Wohnort der TeilnehmerInnen keine Möglichkeiten gab, einzukaufen. Letztendlich blieb dann nur die Verlegung des IP in die Werkstatt oder es wurden zuerst die öffentlichen Nahverkehrsverbindungen genutzt. Anschließend wurde die Empfehlung an die Familien gegeben, bei Einkäufen der Tochter / dem Sohn Verantwortung für bestimmte Produkte zu übergeben.

Im „Umgang mit Geld“ bot das Buch „Zahle mit Zalo Zifferli“ (Blümer u.a. 2003) einen adäquaten Ansatz. Die Kombination aus theoretischen und praktischen Elementen innerhalb der IP-Stunden erwies sich als äußerst erfolgreich für Lernfortschritte. Hinzu kam, dass der Umgang mit Geld auf bestimmte Geldwerte eingeschränkt wurde und vor allem mit der sog. Überzahlstrategie (Überzahlstrategie bedeutet, dass von aufgerundeten Euro-Beträgen ausgegangen wird. So wird beispielsweise ein Preis von 3,49€ auf 4 Euro aufgerundet) gearbeitet wurde. Diese Vereinfachung ermöglichte dem Großteil der TeilnehmerInnen einen schnelleren und adäquateren Überblick über die zu bezahlenden Beträge.

Ein weiteres wichtiges Thema war das „Telefonieren“, d.h. Benutzung des eigenen Handys oder im Falle von sog. Notfällen beim Thema Busfahren. Ein Fallbeispiel soll an dieser Stelle das Thema „Telefonieren“ deutlich machen:

**Frau Emmerich (Teilnehmer-Nummer 12) war zum Zeitpunkt der Diagnostischen Phase 19 Jahre alt und wohnte bei ihren Eltern. Sie besuchte eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Sie wurde von der Studentin im Übergang zwischen Schule und Werkstatt insgesamt 26 Monate begleitet. Frau Emmerich äußerte im Verlauf der Diagnostik, dass sie sich ein Handy zu Weihnachten wünscht und gerne das Telefonieren erlernen möchte.**

**Zuerst überprüfte die Studentin die Ziffernkenntnis und die feinmotorischen Fertigkeiten. Es zeigte sich, dass Frau Emmerich Schwierigkeiten hatte, die kleinen Tasten des Handys adäquat zu bedienen. Zur Übung wurden erste willkürliche Zahlenreihen auf einem Taschenrechner eingetippt. Später wurde dann ein Handy mit größeren Tasten genutzt, um dann abschließend mit dem eigenen Handy von Frau Emmerich zu üben. Es stellte sich heraus, dass es für Frau Emmerich am einfachsten war, wenn die abzutippenden Ziffern schriftlich fixiert waren. Die Funktion des Handy-eigenen-Adressbuchs erschien zu Beginn zu kompliziert, so dass sich Frau Emmerich und die Studentin für ein individuelles Telefonbuch entschieden. Dieses Telefonbuch sah wie folgt aus:**

- |    |   |                  |                   |
|----|---|------------------|-------------------|
| 1. |  | <b>Zu Hause:</b> | <b>0641-XXXXX</b> |
| 2. |  | <b>Mama:</b>     | <b>017XXXXXX</b>  |

**Die Symbole wählte Frau Emmerich selbst aus und entwickelte somit ein individuelles Symbolsystem. Zusätzlich wurden die Namen dazu geschrieben, da Frau Emmerich über den Anlaut einzelne Wörter lesen konnte. Zur besseren Orientierung fertigte die Studentin noch eine Leseschablone an, damit Frau Emmerich nicht in der Zeile verrutschte. In der folgenden IP-Zeit wurde dann die Anwendung des Telefonbuches geübt und das Telefonbuch stetig erweitert, so dass im Endeffekt ca. 30 Personen mit Telefonnummern darin aufgelistet waren. Dabei wurde ein neues Thema aufgetan, nämlich auf eine Mailbox zu sprechen, wenn die angerufene Person nicht erreichbar ist. Frau Emmerich**

**übte mit einem Diktiergerät die notwendigen Informationen zu übermitteln und wendete dies später entsprechend an.**

**Frau Emmerich telefoniert heute selbstständig und meldete sich gelegentlich auch im Büro von InDiPro.**

Ein weiterer Bereich war das Thema „Uhr lesen“. Hier wurde vor allem mit der Analog-Uhr gearbeitet. Als sehr hilfreich in Bezug auf geeignete Materialien erwies sich das Spiel von Ravensburger „Wer kennt die Uhr?“.

Weitere Themen waren das selbstständige „Schuhe binden“ sowie das selbstständige „Wäsche waschen“. Gerade beim Thema „Wäsche waschen“ war die Integration in den Familienalltag für die Festigung der gemachten Erfahrungen maßgebend.

### *Beobachtungen*

Dieser Lebensbereich ist in unterschiedlicher Art und Weise vom Umfeld abhängig. Themen wie „Schuhe binden“, „Telefonieren“ und „Umgang mit der Uhr“, die als **vom Umfeld unabhängig** bezeichnet werden können, sind relativ leicht für die TeilnehmerInnen im Alltag anzuwenden. Dabei bleiben Themen wie „Einkaufen“ und „Kochen“ **abhängig vom Umfeld**, meistens der Familie. Hier treffen dann unterschiedliche Ansichten über die Benutzung der Küche bzw. über die Zuverlässigkeit des Einkaufens oder auch die Bedenken bezüglich der Kompetenzen im Umgang mit dem Geld aufeinander, meist zum Nachteil für die Selbstständigkeit der TeilnehmerInnen. Bei den TeilnehmerInnen, die in Wohnstätten lebten, zeigte es sich, dass bestimmte organisatorische Einschränkungen ein selbstständiges Verhalten behinderten. So war die Bedienung der Waschmaschine durch die TeilnehmerInnen nicht möglich, da es sich um gewerbliche Waschmaschinen handelte und diese nur durch die BetreuerInnen bedient werden durften.

### **6.2.4 Lebensbereich 4: Soziale Kompetenz**

Der Bereich der „Sozialen Kompetenz“ wurde nur von wenigen TeilnehmerInnen als Kernthema gewählt. Hier standen vor allem folgende Fragen im Vordergrund: „Wie gestalte ich Beziehungen? Was bedeutet Freundschaft? Wie nehme ich Kontakt zu anderen Menschen auf, ohne aufdringlich zu wirken? Was für Alternativen bieten sich mir, wenn ich mich einsam fühle?“

Der Bereich „Soziale Kompetenz“ spielte ansonsten eine begleitende Rolle für andere IP. Gerade die Frage „Wie nehme ich Kontakt auf?“ und „Wie gestalte ich ihn?“ kamen beispielsweise bei den Themen „Einkaufen“ und „Nutzung von öffentlichen Einrichtungen“ vor. Es zeigte sich, dass sich vorher durchgeführte Rollenspiele und erlernte Abläufe sowie die Kontaktgestaltung im Beisein einer Bezugsperson (IP-BegleiterIn) positiv auswirkten. Die TeilnehmerInnen entwickelten mehr Selbstvertrauen in den nun bekannten Situationen und konnten nach einiger Zeit ohne Assistenz Informationen erfragen oder entsprechend Hilfe einfordern.

Des Weiteren war das Thema „Nähe und Distanz“ entsprechend der kulturellen Normen ein ständiger Begleiter der IP. Beispielsweise standen die Fragen „Wen darf ich duzen?“, „Gebe ich dem Verkäufer die Hand?“ oder „Wann spreche ich fremde Personen an?“ im Mittelpunkt.

### *Beobachtungen*

In diesem Bereich wurde deutlich, dass „Soziale Kompetenz“ ein **zentrales Thema** für den teilnehmenden Personenkreis war und dass sie die **soziale Teilhabe** erheblich erleichtert. Wie schon beschrieben, handelte es sich dabei meist um ein Begleitthema, was durch die IP-BegleiterInnen in der relevanten Situation in den Mittelpunkt gerückt wurde. Das Entscheidende hierbei war das **Aufgreifen der aktuellen Situation**, die dann besprochen wurde und für die Handlungsalternativen entwickelt und sofort angewendet werden konnten. Es zeigte sich auch, dass bestimmte soziale Kompetenzen durch einen gleichberechtigten Umgang vermittelt wurden. Im Sinne eines Lernens am Modell zeigten die IP-BegleiterInnen adäquate Verhaltensweisen, die die TeilnehmerInnen übernahmen. Ein wichtiger Punkt war auch, dass die TeilnehmerInnen aufgefordert wurden, in der jeweiligen Situation selbst zu agieren und nicht die IP-BegleiterInnen „vorzuschicken“.

### **6.2.5 Lebensbereich 5: Selbstbestimmung**

Der Lebensbereich „Selbstbestimmung“ stand für alle IP zentral und fand in allen Lebensbereichen vielfältige Anwendung in unterschiedlicher Ausprägung. So ging dieser Bereich mit dem Lebensbereich „Kommunikation“ Hand in Hand. Fälschlicherweise könnte angenommen werden, dass dieser Bereich nur für Menschen mit schwerer Behinderung relevant war. Es zeigte sich aber, dass er auch für den Personenkreis der Menschen, die verbal oder über alternative Möglichkeiten



kommunizieren konnten, ein elementarer Themenbereich war. Für das Projekt-Team stand im Vordergrund die IP-BegleiterInnen für dieses Thema zu sensibilisieren und deren Aufmerksamkeit darauf zu richten. Somit führten die kontinuierlichen Anfragen nach und das sensible Achten auf Entscheidungen und deren nachfolgenden Auswirkungen zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins und letztendlich auch der Selbstbestimmung der jeweiligen TeilnehmerInnen (siehe zur weiteren Ausführung Kapitel IP-BegleiterInnen / Supervision). Als eine Ausprägung von Selbstbestimmung kann das selbstständige Strukturieren des IP-Ablaufs gesehen werden. Die TeilnehmerInnen wurden im Laufe des IP dazu befähigt, es selbst zu strukturieren. So kommunizierten die TeilnehmerInnen entsprechend ihrer Möglichkeiten, wie das Treffen gestaltet werden soll bzw. ob ihnen die durchgeführte Aktion gefällt oder nicht.

Bei dem nachfolgenden Beispiel für ein IP in diesem Lebensbereich wird deutlich, dass Selbstbestimmung zum einen ein Lernprozess für die Person selbst, aber auch ein Wandlungsprozess im Umfeld bedeutet. Zum anderen sind die Bereiche „Kommunikation“ und „Selbstbestimmung“ eng verknüpft.

**Frau Ziegler (Teilnehmer-Nummer 63) war zu Beginn der Diagnostischen Phase 19 Jahre alt und wohnte in einer Wohnstätte für Menschen mit Behinderung. Sie besuchte zwei- bis dreimal pro Woche ein Tagesangebot der Wohnstätte in einem anderen Ort. Durch eine spastische Tetraparese ist sie auf den Rollstuhl, welchen sie nicht selbstständig bedienen kann, angewiesen. Andere Worte als „ja“ waren bisher nur selten geäußert bzw. verstanden worden.**

**Frau Ziegler wurde von zwei Studentinnen ca. 18 Monate begleitet. Im Fokus standen die Bereiche „Unterstützte Kommunikation“ und „Selbstbestimmung“. Im Bereich der Kommunikation zeigte sich, dass ein vorhandener Talker nicht bedient werden konnte, da Frau Ziegler nur bedingt Bilder unterscheiden konnte. Der Schwerpunkt wurde dann auf ihre Verbalsprache gelegt. Hier begann die Studentin, ihr einfache Aufgaben und Spiele zu stellen. Ziel dieser Aufgaben war es, ihre Entscheidungskompetenzen zu stärken und ihr deutlich zu machen, dass ihr verbaler Ausdruck Konsequenzen haben würde. Als ein Beispiel sei hier „Blumenpflücken“ genannt, welches durch Frau Ziegler durch das gelernte Wort „Stopp“ bestimmt wurde. Die Studentin schob Frau Ziegler an einer Wiese vorbei und pflückte die Blumen bis Frau Ziegler „Stopp“ sagte**

und eine Blume fokussierte. Der gesamte Kontakt bestand aus einem stetigen Konfrontieren mit Entscheidungssituationen. Frau Ziegler wurde stets aufgefordert Entscheidungen über den weiteren Verlauf des IP zu treffen. Diese Entscheidungsaufforderungen fanden im Erstellen eines „Das bin ich Heftes“ ihre Verwirklichung. Dieses Heft sollte Frau Ziegler in der Verdeutlichung ihrer Wünsche und ihrer persönlichen Vorlieben helfen. Es wurde im direkten Kontakt mit ihr gemeinsam angelegt und wurde von ihr genutzt, um sich anderen Personen vorzustellen.

Im Weiteren IP wurde deutlich, dass Frau Ziegler sich immer besser ihre Vorstellungen machte, nicht zuletzt durch einen deutlich erweiterten aktiven Wortschatz. Im Zuge des IP äußerte sie den Wunsch, dass sie sich selbstständig die Zähne putzen und das Gesicht eincremen möchte. Dieser Wunsch wurde aufgegriffen und durch die IP-BegleiterIn und die Wohnstätte umgesetzt.

Frau Ziegler äußerte am Ende des IP klar ihre Wünsche und Bedürfnisse. Sie forderte zudem die Aufmerksamkeit der BetreuerIn ein und bestand auf dem selbstständigen Zähne putzen.

Innerhalb des Projekt-Teams wurde die Entwicklung der Persönlichkeit als Grundlage für Selbstbestimmung angesehen, so dass gerade bei den Menschen mit schwerer Behinderung sehr viel Wert auf die Ausprägung der eigenen Identität gelegt wurde. So wurden Elemente wie die Auseinandersetzung mit dem eigenen Spiegelbild, aber auch Elemente der „Körpererfahrung“ im Sinne der „Basalen Stimulation“ in die IP integriert.

### *Beobachtungen*

Es wurde deutlich, dass Selbstbestimmung ein dominierendes Thema mit der Zweiteilung „**Personaler Lernprozess**“ sowie „**Umfeldveränderung**“ ist und **nicht zu vergessen ein Lernprozess für *alle* TeilnehmerInnen, unabhängig von ihren kommunikativen Ausdrucksmöglichkeiten, ist.** Auch TeilnehmerInnen, die sich deutlich mitteilen konnten, mussten ein Verständnis/Bewusstsein für ihre Selbstbestimmung entwickeln. Zum einen mussten die TeilnehmerInnen darin bestärkt werden, sich ihrer Wünsche bewusst zu werden und diese letztendlich auch

zu kommunizieren. Zum anderen musste Raum geschaffen werden, dass diese Wünsche und Bedürfnisse gehört und auch aktiv damit umgegangen wurde.

Ausgehend vom **Umfeld** der TeilnehmerInnen ist festzuhalten, dass Selbstbestimmung häufig **zu global definiert** wurde. Das Umfeld verstand meist „**Selbstbestimmung**“ im Sinne von „Entscheidungen treffen“, wie z. B. „ich möchte selbstständig Wohnen“. **Im Projekt zeigte sich dagegen, dass der Prozess der Entfaltung von Selbstbestimmung in kleinen Schritten bzw. in kleinen Entscheidungen im Alltag geschieht und die Basis für diese globalen Entscheidungen bildet.** Der Umgang mit diesem Thema in Bezug auf das Umfeld wird noch einmal im Abschnitt „Evaluationsgespräche und Projektabschlussgespräch“ näher erläutert.

Eine zentrale Erfahrung war auch der Lernprozess bezüglich des Themas Selbstbestimmung, den das Projekt-Team durchlaufen hat. Es fand eine stetige Auseinandersetzung mit diesem Begriff und der „Anwendung“ innerhalb der IP statt. **Es wurde deutlich, dass Selbstbestimmung in individuellen und ganz unterschiedlichen Facetten auftrat.**

#### 6.2.5.1 Exkurs: Das-bin-ich-Heft

Das schon im Fallbeispiel erwähnte „Das-bin-ich-Heft“ stellte eine **praktische Umsetzung von Selbstbestimmung** dar. Es unterstützte den personalen Lernprozess und diente gleichzeitig als Dokumentation für die TeilnehmerInnen und das Umfeld. In diesem Heft wurde auch das Thema „Das habe ich mit InDiPro gemacht“ festgehalten. Für viele TeilnehmerInnen war es erstmalig eine Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Identität. So wurden Antworten auf die Fragen „Was bin ich?“ oder „Wer bin ich?“ gesucht und dokumentiert.

Weiter bot die Gestaltung des Heftes die Möglichkeit, sich **aktiv** mit dem Thema **Selbstbestimmung** zu beschäftigen. So wurde bei der Gestaltung des Heftes immer wieder eine Auswahl geboten, was letztendlich in das Heft aufgenommen werden sollte. Eine nicht sprechende Teilnehmerin entschied sich beispielsweise nur für Fotos, auf denen sie selbst zu sehen war. Andere wollten selbst gemalte Bilder darin aufnehmen. Die Form des Heftes wurde also individuell angepasst. Für die einen war ein Heft ausreichend, andere bevorzugten einen Ordner und wieder andere laminierten jede Seite und banden diese zusammen.

Neben den erwähnten Komponenten diente das „Das-bin-ich-Heft“ auch als Kommunikationsheft für das Umfeld. Die TeilnehmerInnen hatten nun die Möglichkeit, sich dem Umfeld persönlich vorzustellen und beispielsweise deutlich zu machen, was ihnen gefällt oder missfällt. Außerdem diente es dem Kommunikationsfluss bezüglich des IP. So wurden die Inhalte des IP und wie sie bearbeitet wurden transportiert.

#### **6.2.5.2 Exkurs: Aspekte der Selbstbestimmung – ein Promotionsvorhaben**

In der geplanten Arbeit soll das Thema „Selbstbestimmung“ und dessen Umsetzung im Rahmen des Projekts InDiPro untersucht werden.

Gesetzliche Grundlagen der Selbstbestimmung finden sich unter anderem im neuen SGB IX. Dieses im Juli 2001 in Kraft getretene Gesetz soll in seiner Fassung eine Möglichkeit bieten, die traditionellen Hilfeangebote zugunsten individuell angepasster Dienstleistungen zu ergänzen bzw. zu ersetzen. Hier wird gezielt auf die Förderung selbstbestimmten Lebens und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben von Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft hingewiesen.

Ab dem Jahr 2008 ist die bundesweite Einführung des „Persönlichen Budgets“ gesetzlich vereinbart. Menschen mit Behinderung sollen dann aufgrund zugeteilter Sach- oder Geldleistungen die Möglichkeit erhalten, individuell und selbstbestimmt Hilfen in Anspruch zu nehmen. Sie werden somit nicht mehr unbedingt von einer Betreuung in (Groß-)Einrichtungen abhängig sein, sondern haben ein größeres Wunsch- und Wahlrecht in Bezug auf die Gestaltung ihrer Betreuung und ihres Alltags.

Die Promotion setzt an dieser Stelle an. Während der Arbeit im Projekt wurde die Erfahrung gemacht, dass nur wenige der TeilnehmerInnen bisher gelernt oder die Möglichkeit bekommen haben, Wünsche zu äußern, Wahlmöglichkeiten zu erwägen oder Entscheidungen zu äußern. Eltern und die verschiedenen Einrichtungen im System der Behindertenhilfe haben ihre Kinder und „Klienten“ für ihr späteres Leben auf ein beschützendes institutionalisiertes System vorbereitet, welches sich aber gerade, wie eben beschrieben, im Umbruch befindet.

Im Rahmen der Promotion soll untersucht werden, an welchen Punkten Selbstbestimmung im Rahmen eines Individuellen Programms möglich ist und in welcher Weise die ProjektteilnehmerInnen Ausmaß und Möglichkeiten der Selbstbestimmung erfahren. Faktoren, die Selbstbestimmung für die TeilnehmerInnen ermöglichen, aber auch solche, die einengend wirken, sollen vertiefend betrachtet werden (z.B. Entscheidung zur Teilnahme, Mitwirkung in der Diagnostischen Phase, Anbieten von Alternativen, Einfluss der TeilnehmerInnen auf die Planung- und Durchführung der Individuellen Programme). Es sollen dabei die Punkte untersucht werden, an denen der Grundsatz der Selbstbestimmung, Erwartungen von Eltern und Institutionen und die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der TeilnehmerInnen ein Spannungsfeld erzeugen können. Ferner soll untersucht werden, wie sich das Individuelle Programm in Hinblick auf Selbstbestimmung im Alltag der TeilnehmerInnen auswirkt.

In einer Diskussion soll geklärt werden, wie man das Maß an Selbstbestimmung für Menschen mit geistiger Behinderung, auch im Rahmen eines Individuellen Bildungsprogramms, erhöhen kann. Dazu sollen im einzelnen die verschiedenen Felder der Geistigbehindertenpädagogik betrachtet und Leitideen für diese entwickelt werden.

Zur Datengewinnung wurden leitfadenorientierte Interviews mit zwanzig TeilnehmerInnen des Projekts geführt. Nach gleicher Methode wurden ergänzend dazu jeweils die betreuenden IP-BegleiterInnen und Eltern bzw. BetreuerInnen der TeilnehmerInnen befragt.

#### **6.2.6 Lebensbereich 6: Gesundheit und Sicherheit**

In diesem Bereich bildete das Thema „Verkehrssicherheit“ den Mittelpunkt, vor allem parallel zu „Fahrrad fahren“ oder „Bus fahren“. Auch für Aufgaben wie „Einkaufen“ oder die „Nutzung öffentlicher Einrichtungen“ war das Thema relevant. Die Einheiten waren vor allem praxisorientiert, so dass im Verkehrsgeschehen die Beachtung der Verkehrsregeln geübt wurde. Weiter wurden spezielle Abläufe erprobt. Es wurden beispielsweise gut übersichtliche Stellen zum Überqueren der Straße gesucht, aber auch das Verhalten an einer Ampel vermittelt.

Diese Einheiten wurden durch theoretische Angebote und individuelle Materialien ergänzt.

### *Beobachtungen*

In diesem Bereich wurde deutlich, dass viele Eltern Bedenken haben, ihren Sohn/ihre Tochter unbeaufsichtigt am **Straßenverkehr** teilnehmen zu lassen. Das **Umfeld** erweist sich dabei stellenweise als **hemmender Faktor**.

Als zweischneidiges Element entpuppte sich die Gestaltung von Verkehrsinfrastruktur, im speziellen Bürgersteig. So bot ein hoher Bordstein zwar eine klare Orientierung, wo der Bürgersteig aufhört, stellte aber für Personen, die auf den Rollstuhl angewiesen waren, ein Hindernis dar. Die neueren Varianten mit einem fließenden Übergang zwischen Bürgersteig und Straße bieten nun den Vorteil für Rollstühle, aber nicht für die Menschen, die Probleme mit der Differenzierung der Wege haben.

### **6.2.7 Lebensbereich 7: Lernen**

In diesem Lebensbereich standen die Themen „Wissenserwerb“ und „Schriftsprache“ im Mittelpunkt. Beim „Wissenserwerb“ wurde vor allem darauf Wert gelegt, dass sich TeilnehmerInnen selbstständig Wissen aneignen konnten. Dadurch kam es zu Überschneidungen mit den Bereichen „Freizeit“ (hier „Internet“ und „PC“) und dem Bereich „Teilnahme am öffentlichen Leben“ (hier „Stadtbücherei“ oder „Internetcafé“). Die kontinuierliche Adaption der Inhalte sowie der Methoden trugen im Bereich „Schriftsprache“ maßgebend zu den Lernfortschritten bei. Die Lernmotivation hatte immer unterschiedliche Ausgangspunkte. So wollte ein Teilnehmer Briefe an die Großeltern schreiben und ein anderer wollte seine Comics und Wissensbücher selbst lesen. Diese Ausgangslagen waren für die Gestaltung des jeweiligen IP von großer Bedeutung. Ausgangspunkt in methodischer Hinsicht war der sog. „Erweiterte Lesebegriff“. Dies bedeutet, dass Informationen nach verschiedenen Methoden entnommen werden, wie beispielsweise durch Ganzwortlesen, Syntheselesen oder Bilderlesen. Im Rahmen dieses Themas wurden die IP-BegleiterInnen zusätzlich von externer Seite beraten, um dem Thema gerecht werden zu können.

Als Begleitthemen wie „Kochen“ und „Umgang mit Geld“ waren die Themen „Ziffern erkennen“ und „Werte zuordnen“ wichtig. Gerade bei TeilnehmerInnen mit schwerer Behinderung war auch der Bereich der kognitiven Anregung in Form von Lernspielen und individuell gestalteten Materialien wichtig und wurde gerne angenommen.

### *Beobachtungen*

**Es gibt eine deutliche Nachfrage nach Wissenserwerb vor allem nach der Ausschulung und auch Interesse an Grundbildung im Sinne der Kulturtechniken.** Es zeigte sich aber, dass die Angebotsstruktur in den Regionen dieser Nachfrage in keiner Weise entspricht. Zudem wurde bei der Suche nach geeigneten Materialien stets festgestellt, dass sie nicht altersadäquat gestaltet waren. Die meisten Materialien sind für den Altersbereich der Grundschule abgestimmt.

Es fiel weiter auf, dass es einigen BetreuerInnen im Umfeld vorher nicht gut gelang, die kognitiven Angebote in den Alltag zu integrieren bzw. überhaupt zu erstellen.

### **6.2.8 Lebensbereich 8: Freizeit**

In diesem Bereich wünschten sich die TeilnehmerInnen des Öfteren Aktivitäten, die eher in den Aufgabenbereich eines familienunterstützenden Dienstes fielen, so dass immer wieder Kompromisse gefunden werden mussten. Als ein wichtiges Thema entwickelte sich das „Fahrrad fahren“. Dies erstreckte sich von den Schwerpunkten „Einhalten der Verkehrsregeln“ bis hin zum Erlernen des „Fahrrad fahrens“ an sich. Weitere Elemente der IP in diesem Bereich war die Erweiterung des Freizeitangebots. So wurde es den TeilnehmerInnen ermöglicht, sich neue Angebote anzuschauen und aktiv mitzumachen. Es blieb ihnen überlassen, ob sie dieses Angebot weiter wahrnehmen wollten und somit die Organisation als Aufgabe in den Vordergrund trat.

**Herr Schmidt (Teilnehmer-Nummer 19) war zu Beginn der Diagnostischen Phase 30 Jahre alt und wohnte in einer Wohnstätte für Menschen mit Behinderung. Er arbeitete in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Innerhalb des IP wurde Herr Schmidt 22 Monate von zwei Studentinnen begleitet.**

**Herr Schmidt äußerte im Rahmen der Diagnostischen Phase keine Wünsche bezüglich des IP-Themas. Er stimmte lediglich dem Kontakt mit einer Studentin zu, legte sich aber nicht auf ein Thema fest. Die Studentin besuchte Herrn Schmidt einmal die Woche und bot ihm an, ihn bei seinen alltäglichen Aktivitäten zu begleiten. So besuchte sie mit ihm seine zentralen Aufenthaltsorte, wie z. B. den Bahnhofskiosk. Allmählich schlug die Studentin**

neue Aufenthaltsorte vor, wie z. B. Cafes, öffentliche Plätze oder auch freie Treffs. In dieser Zeit lernte Herr Schmidt seine Umgebung kennen und auch zu nutzen. Im Kontakt entwickelte sich eine äußerst positive Beziehung, in der Herr Schmidt begann, seine Wünsche frei zu äußern. Gegen Ende strukturierte Herr Schmidt den Ablauf der Treffen selbstständig. Aus seinem Umfeld wurde zudem berichtet, dass er viel offener und auch kompromissbereiter erscheine und die neuen Angebote sehr gerne wahrnehme.

Als ein weiterer Interessenbereich kristallisierte sich das Thema „PC“ und „Internet“ heraus. Viele TeilnehmerInnen wollten lernen, was sich hinter dem Begriff Computer und Internet verbirgt. Es zeigte sich, dass es vielfältige Möglichkeiten gibt, das Internet auch ohne bzw. mit geringen Lesekompetenzen zu bedienen. Es bedarf dann einer adäquaten Anpassung der einzelnen Bedienelemente. Die Auswahl der Webseiten wird dadurch natürlich deutlich eingeschränkt.

Im Rahmen eines IP lag der Schwerpunkt auf „Musik“. Durch eine Kooperation zwischen der Musikschule Gießen, der Albert-Schweitzer-Schule Gießen und InDiPro konnte eine Musikband eingerichtet werden. Letztendlich nahmen zwei TeilnehmerInnen des Projektes InDiPro sowie vier weitere SchülerInnen der Albert-Schweitzer-Schule an dieser Musikband teil. Es entstand daraus die Band „Sommer, Sand und Sonnenbrand“, die bei verschiedenen Festivitäten innerhalb der Projektzeit auftrat.

### *Beobachtungen*

Vielen TeilnehmerInnen, gerade denen die in Wohnstätten lebten, waren die **Möglichkeiten ihrer aktiven Freizeitgestaltung nicht bekannt**, so dass sie eher auf Angebote der BetreuerInnen „reagierten“ anstatt selbst zu agieren. Häufig war zu beobachten, dass die TeilnehmerInnen keine Vorstellung von den Möglichkeiten bezüglich ihrer Freizeitgestaltung hatten, so dass des Öfteren, so wie in dem obigen Fallbeispiel dargestellt, vorgegangen wurde.

Die Erfahrungen zeigten weiter, dass es eine **Offenheit bei unterschiedlichen Trägern** von Freizeitangeboten gab, jeglichen Personenkreis aufzunehmen oder ein integratives Angebot zu verwirklichen. Den meisten Anbietern **fehlte** aber das **Know-how**, um diese Angebote zu konzipieren und letztendlich auch zu realisieren.

Ein weiteres Problem stellte die eingeschränkte Mobilität der TeilnehmerInnen dar. Die Abhängigkeit von Eltern oder BetreuerInnen, um das gewünschte Ziel zu



erreichen, führt letztendlich dazu, dass die TeilnehmerInnen keine Angebote wahrnehmen. Vor allem in ländlichen Gegenden zeigte sich auch die Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel als sehr schwierig, da deren Fahrpläne sehr eingeschränkt waren.

#### **6.2.9 Lebensbereich 9: Teilnahme am öffentlichen Leben**

Dieser Lebensbereich stellte neben dem Lebensbereich 3 „Tägliches Leben“ den vielfältigsten Bereich dar. Im Vordergrund stand in den meisten Fällen die selbständige Mobilität, wie sie sich im Bereich „Fahrrad fahren“ schon widerspiegelte. In diesem Bereich war es dann die „Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs“ bzw. die „Nutzung der örtlichen Bahnanbindungen“. Als Beispiel für eine strukturierte Dokumentation dient das „Beobachtungsprotokoll Busfahren“, Tabelle 15. Mit Hilfe dieser Protokollbögen konnte zu Beginn ein hilfreiches Profil der Fertigkeiten in Bezug auf das Thema „Bus fahren“ erstellt werden. Aus den Aufzeichnungen ließen sich dann die ersten Übungen für das weitere Vorgehen ableiten.

##### ***Fallbeispiel Busfahren***

**Frau Geiger (Teilnehmer-Nummer 48) war zu Beginn der Diagnostischen Phase 18 Jahre alt, wohnte bei ihrer Mutter und arbeitete in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Frau Geiger äußerte in der Diagnostischen Phase, dass sie gerne ihre Freundin in der nahe gelegenen Stadt besuchen möchte. Dafür müsse sie aber mit dem Bus fahren und ein Stück laufen, was sie bisher aber nicht beherrsche, bzw. den Weg nicht kenne. Zu Beginn des IP begleitete die Studentin sie auf der Fahrt nach G. und füllte retrospektiv das folgende Protokoll aus.**

IP-BUSFAHREN

Name: \_\_\_\_\_

StudentIn: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

- 1. Ohne Unterstützung
- 2. Verbale Unterstützung  
- Information/ Beratung
- 3. Übung und Anleitung  
- praktische Hilfe (Vormachen)
- 4. umfassende Unterstützung  
- vollständiger Ersatz der Handlung

BUSFAHREN	1	2	3	4	QUALITATIVE BESCHREIBUNG
1. Zweck der Fahrt klären	X				Möchte Eis essen in der Stadt
2. Abfahrtsplan bekannt				X	
3. Uhrzeit klären				X	Weiß, dass wir nachmittags fahren
4. Vorbereitungen für die Fahrt treffen					
4a) Kleidung	X				Ist dem Wetter entsprechend gekleidet
4b) Utensilien		X			Hat keine Busmarke mehr (kaputt); nimmt ihren Ausweis mit – ansonsten ist alles dabei
5. a. Zur Bushaltestelle gehen Hinfahrt	X			X	Im Heimatort ok; in der Stadt Hilfe nötig
6. Richtige Richtung aussuchen	X			X	Fährt nur ein Bus; in der Stadt Hilfe nötig
7. Auf den richtigen Bus warten					
7a) Wo warten?	X				Wartet am Haltestellenschild
7b) Verhalten während des Wartens	Wirkt entspannt und gelassen (hält Ausschau nach dem Bus)				
7c) Bus identifizieren	X			X	Im Heimatort ok; in Stadt keine Orientierung
8. Bus kommt an					
8a) Abstand zu Straße/Bordstein halten	X				
8b) Fahrgäste aussteigen lassen	X				Nur eine Person
8c) Vorne einsteigen	X				
9. Ausweis vorzeigen	X				Erklärung über die kaputte Busmarke
10. Zielort dem Busfahrer nennen				X	Habe ich übernommen, da sie den Namen der Haltestelle nicht wusste
11. Sitzplatz / Stehplatz suchen	X				
12. Fahrt 12a) Verhalten während der Fahrt	Sitzt ruhig und wartet geduldig die Ankunft ab, schaut sich im Bus um und guckt aus dem Fenster, unterhält sich mit mir in normaler Lautstärke				
13. Zielort identifizieren				X	Kann HS nicht erkennen
14. Stoptaste drücken			X		Kannte die Funktion nicht; Erklärung der Funktion; Aufforderung zum Drücken
15. Aufstehen 15a) Verhalten gegenüber Nachbarn	Saß neben mir – Bus war relativ leer				
16. Türbutton drücken		X			Aufforderung
17. Aussteigen 17a) Vom Ausstieg weggehen	X				
18. Ziel aufsuchen				X	Fragen uns durch, um den Weg in die Stadt zu finden

**Tabelle 15 Beobachtungsprotokoll Busfahren**

**Aus der Diagnostikphase war bekannt, dass sie eine gute räumliche Orientierung hat. Dies bildete eine gute Grundlage für die Handlungen in denen sie auf umfassende Unterstützung angewiesen war. Am Protokoll wurde deutlich, dass sie die Stadt nicht identifizieren und sich dort nicht orientieren konnte. Bei allen Items, die die räumliche Orientierung betrafen, forderte sie**

Hilfe ein (Item Nr. 5,6,7,10,13,14,18). Folglich wurden sog. Ankerpunkte vereinbart, an denen bestimmte Handlungen ausgeführt werden sollten (an einem bestimmten Ort sollte die Stopptaste des Busses gedrückt werden etc.). Durch mehrmaliges Abfahren und Ablaufen erreichte sie schnell eine gute Orientierung in der Stadt. Zudem konnte ein Cafe ausgemacht werden, in dem sie in Notfällen Hilfe bekam.

Zusätzlich wurde gemeinsam eine „Notfallkarte“ angelegt, auf der sich die eigene Adresse und die Telefonnummer befand.

Weiter wurden unterschiedliche Themen der Verkehrssicherheit aufgegriffen.

Die Anwesenheit der Studentin wurde im Laufe des IP immer weiter reduziert. Zuerst fuhr die Studentin mit, dann fuhr sie mit dem Auto dem Bus nach. Später fuhr sie dem Bus voraus und letztendlich wartete sie am Zielort. Die ersten Versuche wurden durch eine der Teilnehmerin unbekannte Studentin „undercover“ begleitet.

Frau Geiger fährt heute allein auf der ihr bekannten Strecke mit dem Bus und macht telefonisch Termine mit ihrer Freundin aus. Sie orientiert sich selbstständig und verkehrssicher in der Stadt. Lediglich der Hinweis, wann der Bus fährt, geschieht noch durch die Mutter. Frau Geiger hat aber gegen Projektende gewünscht, sich mit dem Thema „Uhr lesen“ zu beschäftigen.

Als weitere Themen wurde die „Nutzung der Stadtbücherei“ (vgl. LB 7: Wissenserwerb) sowie die „Nutzung des öffentlichen Schwimmbads“ und das „Besuchen von Cafes“ gewünscht. Diese IP machen den Anschein einer individuellen Begleitung ohne den Charakter eines IP. Nichtsdestotrotz wurden dort unterschiedliche Elemente anderer Themen wie „Soziale Kompetenz“ und „Umgang mit Geld“ beachtet. Bei den Besuchen in der Stadtbücherei stand vor allem die Nutzung des PCs bzw. die Benutzung des Büchereieigenen Suchsystems im Vordergrund. Gerade hier wurde das Thema „Soziale Kompetenz“ im Sinne von „Hilfe einfordern“ immer wieder deutlich.

### *Beobachtungen*

Innerhalb der Familien bzw. bei den BetreuerInnen der TeilnehmerInnen herrschten oft **Bedenken** bezüglich der **höheren Selbstständigkeit**. Gerade bei dem Thema „Bus fahren“ wurden diese Bedenken geäußert, oder sie zeigten sich im Verhalten

des Umfeldes, indem die TeilnehmerInnen doch mit dem PKW gefahren wurden. Auch zeigte sich bei den TeilnehmerInnen diese Unsicherheit in der Form, dass sie sich die Aktionen selbst nicht zutrauten. Die **kontinuierliche Begleitung** sowie das Erfassen des gesamten Spektrums an Eventualitäten (Verspätungen; falscher Bus etc.) im IP sorgte sowohl bei dem **Umfeld** als auch bei den **TeilnehmerInnen** für eine **Stärkung des Vertrauens**.

Dieser Themenbereich zeigte sich auch eng verknüpft mit dem Bereich „Soziale Kompetenz“. Die dort aufgeführten Themen, wie z.B. „Wie verhalte ich mich gegenüber dem Personal der Bibliothek?“ oder auch „Wie erhalte ich Hilfe?“, waren bei fast allen Themen begleitend.

Ähnlich wie im Lebensbereich „Freizeit“ war es auch hier wichtig, die TeilnehmerInnen mit dem **vielfältigen Angebot des öffentlichen Lebens vertraut zu machen**, um ihnen die Möglichkeiten aufzuzeigen, diese auch aktiv zu nutzen.

#### **6.2.10 Lebensbereich 10: Arbeit und Beschäftigung**

In diesen Lebensbereich fielen per Definition die „Übungen zur Feinmotorik“, die im direkten Zusammenhang mit den Themen „Schuhe binden“, „Geld sortieren“ und andere standen. Ansonsten wurde dieser Bereich von den TeilnehmerInnen oder dem jeweiligen Umfeld als nicht maßgebend für das IP angesehen.

### **6.3 Exkurs: Falldarstellung Frau Kaiser (Teilnehmer-Nummer 31)**

Das Individuelle Programm wurde prinzipiell von externen, meist studentischen IP-BegleiterInnen durchgeführt. Hierin liegt auch ein bedeutender Unterschied zur Umsetzung der Individuellen Programme in Israel (vgl. Kapitel 3). In einem Fall wurde ein IP von einer Einrichtungs-Mitarbeiterin umgesetzt. Die Effekte dieser Zusammenarbeit sowohl auf die Teilnehmerin als auch auf die Einrichtung sollen im Folgenden genauer dargestellt werden. Die Beschreibung des IP und der stattgefundenen Entwicklungen setzten sich aus den Dokumentationen der Treffen (IP; Evaluation; Supervision) und der Diplomarbeit der IP-Begleiterin (Derucki 2005) über ihre Arbeit innerhalb des Projektes zusammen.

Auf der organisatorischen Ebene gestaltete sich die Zusammenarbeit so, dass der InDiPro-Mitarbeiterin zwei Stunden IP sowie Dokumentationszeit zu den projektüblichen Konditionen vergütet wurden. Zum Zeitpunkt des IP hatte die IP-

Begleiterin eine Teilzeitstelle in der Einrichtung. Die Leitung stimmte dieser Nebentätigkeit zu.

Frau Kaiser war zum Zeitpunkt der Diagnostischen Phase 17 Jahre alt und wohnte in einer Wohnstätte für Kinder und Jugendliche. Sie besuchte eine Sonderschule in Marburg. Frau Kaiser hatte im Alter von 14 Jahren, nach „regulärer“ Entwicklung, einen Motorradunfall, bei dem sie multiple Gehirnverletzungen davontrug. Aufgrund einer linksseitigen Hemiparese war sie auf den Rollstuhl, den sie nicht selbst bediente, als Bewegungsmittel angewiesen. Sie äußerte sich über Mimik und Gestik. Eine verbale Kommunikation war nicht möglich. Sie war der Schriftsprache mächtig und antwortete so auf Fragen bzw. nahm Fragen akustisch und durch Lesen zur Kenntnis.

Die Schwerpunkte des IP lagen bei den Themen „Unterstützte Kommunikation“, „Selbstbestimmung“ und „Toilettenverhalten“.

Im Themenbereich „Unterstützte Kommunikation“ wurde mit einer externen Beraterin zusammengearbeitet, die gemeinsam mit der IP-Begleiterin und den BetreuerInnen der Einrichtung das weitere Vorgehen abstimmte. Die Entscheidung fiel zu Gunsten einer „Mehrfachlösung“, die zum einen die Gebärdenunterstützte Kommunikation (GuK) und zum anderen den Einsatz einer elektronischen Kommunikationshilfe vorsah. Die erlernten Gebärden wurden in einem Heft jeweils mit einem Foto der IP-Begleiterin sowie eines von Frau Kaiser, die entsprechende Gebärde zeigend, festgehalten. Des Weiteren wurden die Gebärden in einem Kalender dokumentiert, der im Aufenthaltsraum der Wohnstätte ausgehängt wurde. Die Entscheidung für eine elektronische Kommunikationshilfe fiel auf ein Modell namens „Dynavox“. Hier konnten Bild- und Schriftsystem genutzt und individuell programmiert werden.

Im Rahmen des Themas „Toilettenverhalten“, das eng verknüpft war mit dem Thema GuK, wurde eine Gebärde vereinbart, durch die Frau Kaiser signalisieren konnte, dass sie auf Toilette möchte. Die Mitarbeiter sagten zu, auf diese Geste sofort zu reagieren, was letztendlich auch so geschah.

Das Thema „Selbstbestimmung“ wurde zuerst unter den BetreuerInnen thematisiert und diskutiert. Dies erschien insofern wichtig, als nicht nur pädagogisches Personal sondern auch Pflegekräfte in der Gruppe arbeiteten. Diese interne Fortbildung führte zu der Vereinbarung, dass bei der Auswahl der Kleidung auf die Selbstbestimmung von Frau Kaiser geachtet werden sollte. Zusätzlich sollte die Selbstbestimmung im Rahmen des Essens Berücksichtigung finden. Die IP-Begleiterin schilderte in ihrer

Diplomarbeit folgende Begebenheit, an der deutlich wird, wie ein Umdenken im Personal stattfinden kann: In der allabendlichen Essenssituation forderte sie Frau Kaiser auf, sich eine Scheibe Brot auszusuchen. Frau Kaiser suchte sich die Scheibe aus, indem sie die einzelnen Scheiben verneinte bzw. die gewollte bejahte. Dies geschah über zwei Gebärden. Die gesamte Essenssituation beruht auf einem Anbieten von Möglichkeiten und einem Bestätigen oder Verneinen durch Frau Kaiser. Die Kollegin der IP-Begleiterin war zu Beginn im Begriff, das Brot zu belegen und für Frau Kaiser in kleine Stücke zu schneiden. Die IP-Begleiterin zeigte ihr mit ihrer Handlung somit eine Alternative, die die Individualität sowie die Entscheidungskompetenz von Frau Kaiser beachtete. Die Kollegin bestätigte zwar die positive Handlung, schob aber den Faktor mangelnde Zeit vor. Die IP-Begleiterin verwies daraufhin auf die Vereinbarungen zwischen der Institution und InDiPro. In der Reflektion schreibt sie, dass die kontinuierliche Fortbildung sowie die Legitimation seitens der Leitung zu einem Sonderstatus von ihr selbst führte. **Der kontinuierliche Austausch zwischen der IP-Begleiterin und den BetreuerInnen sowie die positiven Effekte für Frau Kaiser sorgten zum einen für eine größere Zufriedenheit und zum anderen für ein Umdenken der BetreuerInnen bezüglich Selbstbestimmung und Integration. Die Leitung der Einrichtung äußerte im letzten Evaluationsgespräch, dass alle über die Entwicklungen von Frau Kaiser überrascht seien und sie nun einen Weg gegangen wären, auf dem sie nicht mehr zurück könnten. Außerdem sei es innerhalb eines Jahres in allen Bereichen in denen von InDiPro Empfehlungen ausgesprochenen wurden, zu positiven Entwicklungen gekommen.**

Die Umsetzung des IP in dieser Einrichtung führte auch zu einer Übertragung auf andere betreute Personen. So fand die Auseinandersetzung mit dem Thema „Unterstützte Kommunikation“ weitere Anwendung und auch das Thema „Selbstbestimmung“ hielt entsprechend Einzug in den Alltag.

Frau Kaiser musste auf Grund ihres Alters während des Projektes ausziehen und wohnt seitdem in einer Pflegeeinrichtung für junge Erwachsene. Das IP wurde auf Grund der geographischen Veränderungen von einer anderen IP-Begleiterin weitergeführt.

## **6.4 IP-BegleiterInnen**

Die IP wurden von externem Personal durchgeführt, hier gemeint in Bezug auf die Institutionen. Dieser Abschnitt soll noch einmal genauer beleuchten, wie sich die Zusammenarbeit zwischen Team und IP-BegleiterInnen gestaltete. Neben dem Hauptpunkt der „Supervision“ sollen auch weitergehende Erfahrungen, wie z. B. organisatorische Elemente, benannt werden.

### **6.4.1 Supervision der IP-BegleiterInnen**

Nachdem das Diagnostik-Abschlussgespräch stattgefunden hatte und mit den TeilnehmerInnen ein IP-Thema festgelegt worden war, wurde ein/e MitarbeiterIn gesucht, der/die das Individuelle Programm durchführen sollte. Bei der Auswahl spielten die folgenden Parameter eine Rolle:

- **Erfahrungsreichtum bzw. Interessen der IP-BegleiterInnen,**
- **Geschlecht sowie**
- **organisatorische und geographische Gründe.**

Natürlich konnten nicht immer alle Punkte berücksichtigt werden, das Team bemühte sich jedoch um ein möglichst gelungenes Matching zwischen TeilnehmerIn und IP-BegleiterIn.

Der Erstkontakt mit den TeilnehmerInnen und deren Umfeld sowie die darauffolgenden IP-Treffen wurden besonders intensiv und mit der Unterstützung des Teams vor- und nachbereitet. Dabei wurden sich die Informationen aus der Diagnostischen Phase zunutze gemacht. Besonders in der Anfangsphase eines Bildungsprogramms konnten Erkenntnisse aus der psychologischen Diagnostik hilfreich sein, das passende pädagogische Material und didaktische Vorgehen auszuwählen.

Um einen optimalen Kommunikationsfluss mit dem Projekt-Team zu gewährleisten, fertigten die IP-BegleiterInnen nach jedem TeilnehmerInnen-Kontakt eine Dokumentation an und mailten diese an das Team. Auf Grund dieser Dokumentationen und der persönlichen Berichte konnten Änderungen der Methodik und Didaktik oder auftretende Schwierigkeiten gemeinsam besprochen werden.

Nach der intensiv begleiteten Anfangsphase wählten die IP- BegleiterInnen eine der viermal wöchentlich angebotenen Supervisions-Gruppen. Diese

Gruppensupervisionen dauerten 90 Minuten und fanden im dreiwöchigen Rhythmus statt. Wenn das Bedürfnis nach einem kurzfristigen Termin außerhalb der Gruppe aufkam, konnten die IP-BegleiterInnen natürlich spontan individuelle Termine mit den Team-MitarbeiterInnen vereinbaren. Mit einigen IP-BegleiterInnen wurde die Supervision wegen der sehr langen Anfahrtszeit vor allem telefonisch gehalten; es bestand mindestens einmal innerhalb von drei Wochen persönlicher Kontakt mit den IP-BegleiterInnen.

Bezüglich der **konkreten IP-Themen** (z.B. „Wie lernt TeilnehmerIn X das Radfahren?“), stand in den Supervisionsstunden zunächst das prozessdiagnostische Vorgehen und anschließend das zugepasste Lernprogramm zentral. Dabei unterstützten sich IP- BegleiterInnen innerhalb der Supervisions-Gruppe auch gegenseitig mit praktischen Tipps oder vereinbarten beispielsweise, sich im IP mit TeilnehmerIn X helfend zur Seite zu stehen (z.B. zwei IP-BegleiterInnen halten das Fahrrad beim Aufsteigen fest). Auch boten erfahrene IP-BegleiterInnen andere, die noch unerfahren bezüglich eines speziellen Themas waren vor Ort. Dies traf besonders auf den Bereich der alternativen Kommunikationsmethoden zu.

In den Übergangsphasen, in denen eine IP- BegleiterIn durch eine andere ersetzt wurde, wurde die „neue“ IP-BegleiterIn den TeilnehmerInnen vorgestellt und eingearbeitet.

Zusätzlich zu den Supervisionsgruppen fanden vier themenbezogene Fortbildungen für die IP-BegleiterInnen statt: Allgemeine Einführung, zweimal zum Thema Unterstützte Kommunikation und Epilepsie.

Außer den themenspezifischen Fragen, die das praktische Vorgehen im IP betrafen, wurden **allgemeine Themen** besprochen, die vor allem die Beziehungsgestaltung mit den TeilnehmerInnen und deren Umfeld betrafen.

Wenden wir uns zunächst der **Beziehungsgestaltung von TeilnehmerInnen und IP-BegleiterInnen** zu. Die Basis für die Beziehung zwischen TeilnehmerInnen und IP-BegleiterInnen wurde damit gelegt, dass klare Rahmenbedingungen bezüglich der Zeit und des Ortes des Individuellen Programms vorgegeben wurden: „Wir treffen uns von ... bis... und gehen im Supermarkt einkaufen, kochen in der Wohnstätte, lesen im Zimmer“ u.ä. Wie diese zwei Stunden gestaltet wurden, war den TeilnehmerInnen und den IP-BegleiterInnen überlassen.



Da für den Aufbau und Erhalt einer zwischenmenschlichen Beziehung eine - im weitesten Sinne - gemeinsame Sprache vorausgesetzt wird, war der erste Schritt, zusammen mit den TeilnehmerInnen eine Verständigungsform zu finden. Wenn die TeilnehmerInnen nicht sprechen konnten, wurden die IP-BegleiterInnen für die Ausdrucksformen der TeilnehmerInnen sensibilisiert. Am wichtigsten war die Frage, wann und wie die TeilnehmerInnen Wohlgefallen und Unbehagen äußern, da ohne diese Äußerungen „Selbstbestimmung“ nicht möglich ist. Dabei wurde – vor allem bei den nicht-sprechenden TeilnehmerInnen – auf *jede* Äußerung geachtet, die dahingehend ausbaufähig war. Das konnte ein Klopfen auf dem Tisch sein, die Betätigung einer Funktionstaste am Kommunikationsgerät u.ä.

Das Thema ‚Kommunikation‘ war auch mit den sprechenden TeilnehmerInnen relevant. Die IP-BegleiterInnen bemerkten, dass das, was die TeilnehmerInnen *sagten*, nicht immer deckungsgleich war mit ihrem *Handeln*. Ein Teilnehmer beteuerte beispielsweise immer wieder, dass ihm beim Lesen lernen das Thema „Piraten“ Freude bereite, während er gleichzeitig wenig Eigeninitiative zeigte. Als der Mangel an Initiative als Ausdruck von Missfallen verstanden und zum Thema „Comics“ gewechselt wurde, zeigte er sehr viel mehr Engagement. So wurden die IP-BegleiterInnen immer wieder dazu ermuntert, die TeilnehmerInnen in ihrer gesamten Persönlichkeit wahr zu nehmen, zu verstehen und auf sie einzugehen.

Häufig traten die IP-BegleiterInnen mit Fragen an das Team heran, die das Thema „sich Abgrenzen gegenüber den TeilnehmerInnen“ betrafen. „Wie gehe ich damit um, wenn mich der Teilnehmer zu Hause besuchen möchte und ich möchte das nicht?“ „Was tue ich, wenn die Teilnehmerin von mir Handlungen fordert, die ich nicht leisten möchte? Darf ich ‚nein‘ sagen?“

Als Grundeinstellung galt, dass die IP-BegleiterInnen die TeilnehmerInnen und das dazugehörige Umfeld am besten kennen. Das Team vermittelte dementsprechend keine autoritäre Lehrer-Schüler Haltung, sondern hielt die IP-BegleiterInnen zu selbstbestimmtem und kreativem Handeln an. Dementsprechend wurden dann auch die Antworten auf die oben genannten Fragen gemeinsam mit den IP-BegleiterInnen erarbeitet: „Was bedeutet es für den Teilnehmer und für mich, wenn er mich zu Hause besucht? Mit welchen Konsequenzen ist das verbunden?“

So stand das Wohl der TeilnehmerInnen immer oben an, aber nicht auf Kosten der IP-BegleiterInnen. Die Selbstbestimmung der TeilnehmerInnen und die Selbstbestimmung der IP-BegleiterInnen war gleichermaßen wichtig.

Die IP-BegleiterInnen erfragten die Meinungen und Bedürfnisse der TeilnehmerInnen und brachten diese mit den eigenen und denen des Umfelds in Einklang. Der gegenseitige **Respekt** für die Bedürfnisse des anderen stand zentral und die TeilnehmerInnen lernten mit der Zeit, dass ihre Meinung wichtig ist; dass explizit nach ihr gefragt wird und, dass ihre Äußerungen mit Konsequenzen verbunden sind.

Nicht nur der Kontakt mit den TeilnehmerInnen, auch die **Beziehungsgestaltung mit dem Umfeld** bedurfte der Beratung. Manchmal berichteten die IP-BegleiterInnen, dass sie sich als „Eindringlinge“ zu Hause bei den TeilnehmerInnen oder in den Wohnstätten und Tagesförderstätten fühlten. Es kam auch vor, dass die IP-BegleiterInnen in den Tagesförderstätten zu zusätzlichen Arbeiten angehalten wurden, die eigentlich nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fielen, wie zum Beispiel Toilettengänge mit den TeilnehmerInnen. Außerdem wurde von den IP-BegleiterInnen häufig über Probleme bezüglich Terminvereinbarungen berichtet, und dass unangekündigt IP-Stunden ausfielen. Auch anderen Vereinbarungen mit dem Umfeld, wie Materialbeschaffung oder Treffen notwendiger Vorbereitungen wurde nicht immer nachgekommen. Eine wichtige Funktion der Supervision war einerseits die IP-BegleiterInnen in ihrer erlebten Frustration und ihrem Ärger zu begleiten und andererseits Coping-Strategien zu erarbeiten, die die konkreten Probleme betrafen. Häufig konnte das „sabotierende Verhalten“ des Umfelds als Widerstand gegen InDiPro bzw. das IP verstanden werden, welches letztendlich Ängste und Unwissenheit widerspiegeln. Dieser passive oder aktive Widerstand wurde in den meisten Fällen aufgehoben, sobald noch mehr **Transparenz** der Arbeit geschaffen wurde und die Wichtigkeit der Kooperation betont wurde. Es zeigte sich, dass die Einführung eines Kommunikationsheftes dabei sehr hilfreich war. In diesem Heft informierten die IP-BegleiterInnen die Eltern und Betreuer kurz über den Inhalt der letzten IP-Stunde und kündigten die nächste an. Diese Kommunikationsbrücke erwies sich als besonders effektiv bei den TeilnehmerInnen, die sich verbal nicht mitteilen konnten. Wenn möglich wurde gemeinsam mit den TeilnehmerInnen überlegt, was im Kommunikationsheft vermerkt werden soll. Die grundsätzlich offene, kommunikationsfreudige und kooperative Haltung bewirkte im Umfeld Vertrauensaufbau zu den IP-BegleiterInnen und wirkte sich wiederum positiv auf die IP-BegleiterInnen, die TeilnehmerInnen und die IP- Stunden aus.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die vielfältigen Aufgaben, die die IP-BegleiterInnen erfüllen mussten, hohe Anforderungen an sie selbst aber auch an die Supervision stellten.

**Aufgrund der Erfahrungen sollte die Supervision folgende Funktionen erfüllen:**

- Niedrigschwellige Anlaufstelle, an der die IP-BegleiterInnen ein offenes Ohr und Beratung in *allen* Themenbereichen erfahren können.
- Beratung bezüglich der prozesshaften Vorgehensweise im konkreten IP.
- Betonen der erreichten Fortschritte im IP, besonders in Zeiten, in denen die IP-BegleiterInnen zur Resignation neigen.
- Sensibilisieren für Äußerungen der TeilnehmerInnen und auf diese einzugehen.
- Anspornen zu intuitivem und kreativem Arbeiten, indem betont wird, dass die IP- Begleiterinnen die TeilnehmerInnen und deren Umfeld am besten kennen.
- Auffangen der IP- Begleiterinnen im erlebten Ärger und bei Frustration bezüglich des Umfelds und der IP-Stunden.
- Gemeinsames Suchen nach Möglichkeiten, wie die Kooperation mit dem Umfeld verbessert werden kann.
- Ermutigen zum authentischen Kontakt mit den TeilnehmerInnen und dem Umfeld.
- Begleiten im Abschiednehmen von den TeilnehmerInnen und dem Projekt im Allgemeinen.

**6.4.2 Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den IP-BegleiterInnen**

Als ein großer Vorteil ist hier noch einmal übergreifend die externe Sichtweise der IP-BegleiterInnen hervorzuheben, die sich im Kontakt mit den TeilnehmerInnen als sehr positiv erwies. Die große Kreativität und Flexibilität bezüglich der IP und deren Ausgestaltung wirkten sich auch lehrreich auf das Projekt-Team und die BetreuerInnen in den Institutionen aus. Gerade die praktische Umsetzung von theoretischen Elementen gelang vielen der IP-BegleiterInnen sehr gut.

Hervorzuheben ist auch die hohe Motivation und die große Ausdauer der IP-BegleiterInnen, die sich ebenfalls positiv auf die IP auswirkten. Sicherlich ist die Motivation und die Kontinuität der Arbeit auch im Zusammenhang mit der oben beschriebenen Supervision zu sehen.

Der Studentenstatus oder auch der Status der geringfügigen Beschäftigung, die meistens neben einer hauptamtlichen Tätigkeit ausgeführt wurde, erwies sich aber nicht immer als vorteilhaft. Spontane Entschlüsse, sich mehr dem Studium zu widmen oder aber auch Veränderungen in der hauptamtlichen Tätigkeit führten meist zu einem kurzfristigen Abbruch der Mitarbeit. Dabei wurde deutlich, dass stellenweise ein minimales Bewusstsein für Arbeitsverträge und den daraus resultierenden Folgen existierte. Das Thema „Kündigungsfrist“ war für einige IP-BegleiterInnen völlig neu und wurde auch bei den spontanen Entschlüssen nicht berücksichtigt. Diese Spontaneität warf mehrere Probleme auf. Es musste schnellstmöglich ein(e) NachfolgerIn gefunden werden, um eventuell doch einen fließenden Übergang zu gewährleisten. Dies bedeutete einen Mehraufwand für das Projekt-Team bezüglich Mitarbeiterakquise und Mitarbeiteranstellung. Das größte Problem zeigte sich aber auf Seiten der TeilnehmerInnen, die den Verlust der IP-BegleiterIn verkraften mussten und sich danach auf eine neue Person einstellen mussten. Entsprechend hatte diese Veränderung auch auf das IP und dessen Umsetzung Auswirkungen.

Obwohl die IP-BegleiterInnen alle einschlägige Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung hatten, zeigte sich doch die Tendenz, die gestellten Aufgaben zu unterschätzen. Gerade zu Beginn der IP-Phase unterlag auch das Projekt-Team dieser Fehleinschätzung. Der Anspruch, ein individuelles Bildungsprogramm durchzuführen, unterschied sich von der reinen Begleitung von TeilnehmerInnen.

## **6.5 Evaluationsgespräche und Projektabschlussgespräch**

Einige Wochen nach dem Start des Individuellen Programms wurde erneut eine Gesprächsrunde einberufen. Diese Gesprächsrunden, die anschließend alle drei bis sechs Monate durchgeführt wurden, werden im weiteren Verlauf 'Evaluationsgespräche' genannt.

Die Evaluationsgespräche fanden in den InDiPro-Bürräumen oder in der jeweiligen Einrichtung statt. Während des Projektverlaufs zeichnete sich eine Tendenz dahingehend ab, dass immer mehr Evaluationsgespräche in die Einrichtung verlegt wurden, vor allem dann, wenn ein aktives Miteinbeziehen der BetreuerInnen gefordert war, so wie es besonders in den Tagesförderstätten und Wohnstätten der Fall war.

Abhängig von der Anzahl der Beteiligten dauerten die Evaluationsgespräche zwischen 30 - 120 Minuten.

Ein Evaluationsgespräch setzte sich in der Regel aus den folgenden Mitwirkenden zusammen: Projektleiterin, TeilnehmerIn, IP-BegleiterIn, Eltern oder Gesetzliche BetreuerIn, BetreuerIn und EinrichtungsleiterIn. Diese Teilnehmerrunde konnte in ihrer Zusammensetzung variieren. So entstanden während des Projektverlaufs Gesprächsbedarfe, (z.B. die Ergotherapeutin möchte gerne teilnehmen), denen man gern entgegen kam. Es kam aber auch vor, dass sich TeilnehmerInnen gegen die Teilnahme bestimmter Personen aussprachen, auch diesem wurde selbstverständlich nachgekommen. Zwei der Gesetzlichen Betreuer zeigten großes Interesse und nutzten die Evaluationsgespräche zum Informationsaustausch. Mit den übrigen Gesetzlichen BetreuerInnen bestand lediglich sporadisch Kontakt. Mit vier Gesetzlichen BetreuerInnen kam außer der Zustimmung zur Projektteilnahme leider kein Kontakt zustande. Die EinrichtungsleiterInnen zeigten bis auf wenige Ausnahmen geringes Interesse an den Evaluationsgesprächen. Dort, wo die EinrichtungsleiterInnen das Projekt und die aktive Teilnahme der Einrichtung befürworteten, hatte das sehr positiven Einfluss auf die Entwicklung im Individuellen Programm.

In den Evaluationsgesprächen stand die **Überprüfung der getroffenen Empfehlungen/Vereinbarungen** – die oft aus dem medizinischen und therapeutischen Bereich stammten – auf Punkt eins der Tagesordnung. Manche Vereinbarungen hatten sich in der Zwischenzeit erübrigt (Eltern entschieden, dass keine orthopädischen Einlagen notwendig sind) anderen war nachgekommen worden, und anderen war nicht nachgekommen worden. In letzter genannten Fällen wurde die Frage nach dem Grund des Versäumnisses erfragt. Die häufigsten Antworten waren „nicht für wichtig erachtet/vergessen“ und „zu umständlich/keine Zeit“. Es wurde dann gemeinsam überlegt, wie die medizinische/therapeutische Untersuchung oder Behandlung dennoch realisiert werden könnte und als

Tagesordnungspunkt für das folgende Evaluationsgespräch notiert. Erwartungsgemäß zeigte sich, dass es den BetreuerInnen der Wohnstätten im Allgemeinen schwerer fiel als den Eltern, diese Vereinbarungen einzuhalten.

**Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen** war die Voraussetzung für das Stattfinden der Evaluationsgespräche. Sie waren die Hauptperson des Geschehens und waren von ihren IP-BegleiterInnen auf die Evaluationsgespräche vorbereitet worden. Zum einen stellten sie gemeinsam den Verlauf des individuellen Programms vor, zum anderen bot sich hier ein Forum, in dem sie selbst wichtige Mitteilungen machen konnten. Ein Teilnehmer, der zum Beispiel während des individuellen Programms geäußert hatte, dass er gern aus dem Wohnheim ausziehen möchte, übte im Vorfeld mit seinem IP-Begleiter, wie er seine Wünsche gegenüber den Verantwortlichen im Evaluationsgespräch deutlich machen kann. Manche trauten sich, ihre Wünsche zu äußern, bei anderen geschah dies durch die IP-BegleiterInnen. Einige TeilnehmerInnen wollten gern einmal in einer anderen Werkstattgruppe arbeiten, eine wenig sprechende Teilnehmerin wollte gern in ihrem Zimmer der Wohnstätte einen Tisch haben. Die Projektleiterinnen und IP-BegleiterInnen fungierten als Fürsprecher der TeilnehmerInnen und lenkten die Aufmerksamkeit stets auf deren Bedürfnisse. Die TeilnehmerInnen gewöhnten sich recht schnell an ihre zentrale Position und nahmen im Laufe des Projekts während der Evaluationsgespräche immer mehr Redezeit in Anspruch.

Die von InDiPro geforderte Teilnahme der TeilnehmerInnen war für die meisten Beteiligten zunächst ungewöhnlich.

Die Eltern unterstützten diese Bedingung ausnahmslos, waren aber zum Teil noch ungeübt bezüglich der aktiven und selbstbestimmten Mitwirkung ihrer Söhne und Töchter. Oft antworteten sie selbst, anstatt dem Sohn oder der Tochter den Vortritt zu lassen, und von Projektseite musste sich bei der/der TeilnehmerIn rückversichert werden. Manchmal waren sie erstaunt über die geäußerten Wünsche ihrer Kinder („ich möchte alleine zum Ergotherapeuten gehen“).

Seitens der Wohn- und Tagesförderstätten gab es diesbezüglich mehr Vorbehalte. Die häufigsten Argumente waren: „Er stört nur“, „er versteht sowieso nicht, worum es geht“ oder „da hat sie nichts von“. In der Realität wurden diese Erwartungen nicht bestätigt oder waren nicht verifizierbar. Wenn die TeilnehmerInnen verständlich machten, dass sie nicht mehr an der Runde teilnehmen wollten, wurde dies natürlich ermöglicht. Manche verließen auf eigene Initiative den Raum und kamen nach einer

Weile wieder. Im Nachhinein stellten die BetreuerInnen bezüglich der Anwesenheit der TeilnehmerInnen positive Entwicklungen bei den TeilnehmerInnen („ich habe ihn noch nie so engagiert erlebt“) und in der Gesprächsrunde fest: **„Seine Anwesenheit bewirkt, dass anders über seine Belange gesprochen wird, positiver“**.

Ein wichtiges Element der Gesprächsrunde war die **Vorstellung des IP- Inhalts** und Verlaufs durch die TeilnehmerInnen und IP-BegleiterInnen. Gerade, weil man das Projekt nicht kannte und man die natürlichen Vorbehalte des Umfelds gegenüber dem Neuen und Unbekannten wahrnehmen konnte, war das „miteinander kommunizieren“ so wichtig. Die Projekt-Arbeit sollte transparent gemacht und eine Kooperation mit dem Umfeld angestrebt werden - aufgebaut auf der Prämisse, dass Veränderungen am ehesten stattfinden, wenn sie von den Verantwortlichen des Umfelds befürwortet und auch unterstützt werden.

Manche TeilnehmerInnen berichteten den Anwesenden detailliert über die Zeit mit ihren IP-BegleiterInnen, andere hüteten sie wie ein Geheimnis.

In den Evaluationsgesprächen wurde der Schwerpunkt darauf gelegt, wie das im Individuellen Programm Gelernte im Alltag der Einrichtung oder zu Hause integriert werden könnte. In den darauffolgenden Evaluationsgesprächen wurde die **Anwendbarkeit im Alltag** immer wieder besprochen und nach Bedarf angepasst.

Auch für umfassendere Themen bot das Evaluationsgespräch die Gelegenheit zum Austausch: Wird ein Auszug aus dem Wohnheim befürwortet? Ist ein Gruppenwechsel in der WfbM möglich? Reicht das Budget, um einen Tisch für die Teilnehmerin zu kaufen, u.ä.

Die Evaluationsgespräche dienten auch der **Vermittlung der Basiskonzepte** „Selbstbestimmung“ und „Teilhabe“. Es stellte sich heraus, dass für viele Eltern und BetreuerInnen die Wichtigkeit der Teilhabe unterschätzt wurde und der Unterschied zwischen Selbstständigkeit und Selbstbestimmung nicht deutlich war. Als Beispiel sei eine Teilnehmerin aus der Tagesförderstätte angeführt, mit der im individuellen Programm geübt wurde, den Schraubverschluss einer Sprudelflasche zu öffnen und sich und anderen einzuschenken. Als die Betreuerin gefragt wurden, ob sie denn von ihrem Können Gebrauch mache, war die Antwort: „Das kann sie doch, das braucht sie nicht zu üben“. So wurde mit dem Umfeld und den TeilnehmerInnen besprochen, wo konkret Selbstbestimmung und Teilhabe möglich sein könnte. Die positiven

Reaktionen der TeilnehmerInnen auf die *gelebte* Selbstbestimmung und Teilhabe bestätigten die Notwendigkeit derselben.

Es wurde beobachtet, dass sich nach einigen Monaten das selbstbestimmte Verhalten, das im Individuellen Programm trainiert wurde auch auf Situationen außerhalb der Individuellen Programme übertrug. So berichtete eine Mutter wie sich ihr Sohn über einen Kollegen in der Werkstatt geärgert hatte, worauf ein Gespräch mit dem Sozialen Dienst und dem betroffenen Mitarbeiter stattfand, der sich anschließend bei ihm entschuldigte. Die Mutter war überzeugt, dass dies auch ein Produkt des individuellen Programms gewesen ist, in dem ihr Sohn gelernt hatte zu äußern, was er möchte oder nicht.

So stellte das Evaluationsgespräch ein zentraler Ort zum **Informationsaustausch** dar, an dem alle Fäden zusammenliefen. Parallele Entwicklungen wurden besprochen („er geht wieder gerne in die WfbM“), Wünsche der BetreuerInnen beachtet („es wäre gut, wenn man im IP das Busfahren zur Logopädin üben könnte“), neue Umstände berücksichtigt („das ganze Wohnheim zieht in eine andere Stadt“). Entsprechend konnten sich die Schwerpunkte im Individuellen Programm nach Absprache verändern.

Es kam vor, dass seitens der Eltern und BetreuerInnen **Bedenken gegenüber Empfehlungen und Vorschlägen** geäußert wurden. Die Argumente wurden ernst genommen und Raum für Diskussion geschaffen. Welche Gründe sprechen gegen die Anschaffung eines ‚elektrischen Rollstuhls‘ oder den ‚eigenen Haustürschlüssel‘? Auch die Ängste und Bedenken wurden beim Treffen neuer Vereinbarungen berücksichtigt.

Es wurden auch **Unzufriedenheiten** bezüglich der Gestaltung des Individuellen Programms geäußert. Dies betraf in den meisten Fällen die Unzuverlässigkeit der IP-BegleiterInnen oder das IP-Thema. Die Erfahrung lehrte, dass Eltern und BetreuerInnen erst sehr spät Kritik äußern und häufig erst dann, wenn sie explizit danach gefragt werden. Von der Möglichkeit, sich bei Unzufriedenheiten sofort mit dem Projekt-Team telefonisch in Verbindung zu setzen, machten lediglich zwei Elternteile Gebrauch.



Letztlich waren die Evaluationsgespräche auch förderlich zur **Kontaktpflege zwischen den Einrichtungen und Angehörigen des Umfelds**, besonders wenn die TeilnehmerInnen in einer Wohnstätte wohnten. Es zeigte sich, dass die BetreuerInnen der Wohnstätten in der Regel recht wenig Gelegenheit haben, sich mit den BetreuerInnen der Tagesförderstätten oder Werkstätten intensiv auszutauschen und die Evaluationsgespräche genutzt wurden, auch über projektübergreifende Dinge zu sprechen. In den Evaluationsgesprächen wurden auch Vereinbarungen zwischen den Einrichtungen getroffen, wie zum Beispiel: „Wir setzen uns mal zusammen und vereinheitlichen die Gebärdensprache“ oder „Wir führen in der Tagesförderstätte *und* in der Wohnstätte Toilettentraining mit Monika durch“. Dass solch einfache Vereinbarungen von hoher Relevanz für die TeilnehmerInnen sein können, spricht für sich selbst.

Zurückblickend kann festgehalten werden, dass die Frequenz der Evaluationsgespräche im Projektverlauf für die einzelnen TeilnehmerInnen abnahm. Das erste Jahr konnte als „Einarbeitungsphase“ angesehen werden. Nach anfänglichen etwa vierteljährlichen Treffen konnte bei den meisten TeilnehmerInnen auf halbjährliche Treffen reduziert werden, ohne an Qualität einzubüßen.

In den letzten drei Monaten des Individuellen Programms fanden die Projektabschlussgespräche (die letzten Evaluationsgespräche) statt. Die Projektleiterinnen wiederholten zu Beginn dieser Sitzung stichpunktartig den Verlauf des Projekts für die jeweiligen TeilnehmerInnen und betonten dabei die Meilensteine und Fortschritte (Anschaffung eines Sprachcomputers, selbstständiges Verhalten im Restaurant u.ä.). Danach wurden die Anwesenden dazu aufgefordert, über die gesamte Projektlaufzeit und insbesondere die Organisation der Evaluationsgespräche zu reflektieren und Kritik zu äußern. Die Anwesenden äußerten sich insgesamt sehr positiv, insbesondere der Austausch in den Evaluationsgesprächen wurde als sehr produktiv eingestuft. Einzelne hätten sich eine noch intensivere Kommunikation und Kooperation mit den IP-BegleiterInnen und dem Projekt-Team gewünscht.

Als weiteres Thema wurde die mögliche Fortführung der IP-Inhalte angesprochen. Einige Eltern entschieden sich für die Fortsetzung des Kontakts mit den bekannten IP-BegleiterInnen auf privater Basis.

Abschließend werden einige Punkte genannt, die im Zusammenhang mit den Evaluationsgesprächen als wichtig erachtet wurden:

- **Das erste Evaluationsgespräch sollte spätestens 4-6 Wochen nach IP-Beginn stattfinden.** Besonders in der Anfangsphase ist ein intensiver Austausch mit den involvierten Einrichtungen notwendig. Sobald sich IP-BegleiterInnen und BetreuerInnen besser kennen gelernt haben und die Beziehungen konstruktiv sind, reichen halbjährliche Treffen aus.
- **Die Evaluationsgespräche sollten in regelmäßigen Abständen stattfinden.** Eltern und BetreuerInnen äußern oft erst sehr spät und selten offen ihre Unzufriedenheiten. Mit regelmäßigen Treffen kann man der Gefahr, dass sich Probleme anstauen, entgegenwirken. Bei Bedarf sollte es möglich sein, ein Evaluationsgespräch zusätzlich und kurzfristig einzuberufen.
- **Die Evaluationsgespräche sollten in den Räumen stattfinden, die dem Menschen mit Behinderung bekannt sind.** Die Menschen genießen die mit dem „Heimrecht“ verbundenen Vorteile und für das InDiPro-Team ergibt sich die Möglichkeit, Einblick in die tägliche Umgebung der TeilnehmerInnen zu gewinnen. Außerdem wird es den BetreuerInnen auf diese Weise erleichtert, an den Evaluationsgesprächen teilzunehmen.
- **Getroffene Vereinbarungen müssen protokolliert werden und an die Anwesenden der Evaluationsgespräche weitergereicht werden.** Wichtig ist eine Klärung der Verantwortlichkeit für die Realisierung der Vereinbarungen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass mündliche Absprachen nicht ernst genommen oder vergessen werden.
- **Die Anwesenheit der Gesetzlichen BetreuerInnen/Eltern und der EinrichtungsleiterInnen ist unbedingt notwendig.** Die gemeinsam beschlossenen Vereinbarungen erhalten dadurch mehr Nachdruck und können in der Zeit zwischen den Terminen zusätzlich überprüft werden. Ausnahmen bilden die Evaluationsgespräche, bei denen die TeilnehmerInnen auf eine Teilnahme der Eltern/BetreuerInnen verzichten.
- **Die Teilnahme des Menschen mit Behinderung an den Evaluationsgesprächen ist Voraussetzung, gleichgültig welche Behinderung er/sie hat.** Er/sie erfährt, dass es um ihn/sie geht, und dass

dort die wichtigsten Leute seines/ihres Umfelds zusammentreffen und miteinander kooperieren. Dort kann er/sie Wünsche und Belange vorbringen, er/sie erfährt, dass er gehört wird und dass er/sie Einfluss auf seine Lebensgestaltung hat. Die Arbeitsatmosphäre im Evaluationsgespräch wird dadurch personenzentrierter, positiver und zukunftsgerichtet.

## 6.6 Erfahrungen bei der Umsetzung der Individuellen Programme

Dieser Abschnitt soll die **Erfahrungen des Projekt-Teams** bei der **Durchführung** und **Koordination der IP** widerspiegeln. Es sollen auch subjektive Sichtweisen des Teams in die Ausführungen einfließen.

Betrachtet man nur die **Lernfortschritte** der einzelnen TeilnehmerInnen durch das IP, so ist festzuhalten, **dass alle TeilnehmerInnen Fortschritte in den gewählten bzw. „angegangenen“ Bereichen/Themen machten**. Die Fortschritte lassen sich nicht in Beziehung zueinander setzen, so dass die Fortschritte eines Projektteilnehmers nicht mit denen eines anderen verglichen werden kann. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Fortschritte gemäß der Bezeichnung „Individuelles Programm“ auch **individuell betrachtet** werden müssen. Bei der Umsetzung wurde vor allem deutlich, dass das Thema „Neues erlernen“ bei allen TeilnehmerInnen gerne angenommen wurde. Dies wirft natürlich die Frage, nach den bestehenden Angeboten in diesem Feld auf. Es zeigte sich, dass **keine vergleichbaren Angebote** sowohl organisatorisch, im Sinne einer individuellen Begleitung, als auch inhaltlich, bezogen auf ein Erwachsenenbildungsangebot, vorhanden sind. Dem entgegen steht das **rege Interesse der TeilnehmerInnen** an Bildung, auch, wie bei der Mehrzahl der TeilnehmerInnen, nach der Ausschulung. An den Erfahrungen zeigt sich deutlich, dass der **Lernzuwachs nicht auf ein bestimmtes Alter begrenzt, sondern für alle Altersklassen möglich ist**. An der Themenvielfalt der IP lässt sich ableiten, dass es eines breiten Angebotes bedarf, dass sich nicht nur auf beispielsweise berufliche Bildung reduziert. **Ein adäquates Angebot muss die Bandbreite der zehn Lebensbereiche bedienen können**.

Die Fortschritte der TeilnehmerInnen lassen sich natürlich nicht auf einen einzigen Kausalzusammenhang reduzieren, um letztendlich eine Aussage, über den Auslöser

der Fortschritte zu treffen. Vielmehr ist es ein **Zusammenspiel mehrerer Faktoren**, die für das **Gelingen eines IP notwendig sind**.

Als ein Faktor zeichnet sich das **prozessdiagnostische Vorgehen** aus. Das **Anknüpfen an vorhandenen Stärken** und das **schrittweise**, den TeilnehmerInnen angepasste Vorgehen in der Vermittlung der Inhalte, sind Garanten für den positiven Verlauf des IP dar. Dies ist eng mit der **kontinuierlichen Supervision** bzw. dem **kontinuierlichen Informationsfluss zwischen IP-BegleiterIn und Projekt-Team verknüpft**. Durch einen guten Informationsaustausch, sei es das direkte Gespräch oder die Dokumentationen, wurde das Vorgehen transparent und nachvollziehbar. Außerdem resultieren daraus Anknüpfungspunkte, um das weitere Vorgehen zu planen und anzupassen.

Die bisher beschriebenen Punkte beziehen sich auf die konzeptionelle Konstruktion und die Inhalte der IP. Im Verlauf der IP wurde ein besonderer Faktor deutlich, der maßgeblich zu dem Gelingen der IP beitrug. Als Basis des IP galt nämlich in erster Linie der **Aufbau einer positiven Beziehung**, die vor allem durch **respektvollen Umgang miteinander und der Offenheit für die Selbstbestimmung der TeilnehmerInnen seitens der IP-BegleiterInnen geprägt war**. Diese Beziehung bot den TeilnehmerInnen einen neuen Erfahrungsraum, da ihnen die IP-BegleiterInnen auf „**Augenhöhe**“/**gleichberechtigt** begegneten und die IP-Inhalte nach den **Wünschen und Bedürfnissen** der TeilnehmerInnen ausrichteten. Das gemeinsame Gestalten des IP sorgte schließlich auch für eine **Stärkung der Entscheidungskompetenz**, indem die TeilnehmerInnen immer wieder vor Entscheidungen bezüglich des IP-Inhalts gestellt wurden. Die Entscheidungskompetenz spiegelte sich aber nicht nur im IP-Inhalt wider, sondern auch in personeller und struktureller Art und Weise. So entschieden sich beispielsweise zwei TeilnehmerInnen für einen Wechsel der IP-BegleiterIn und andere entschieden sich zunächst gegen von InDiPro initiierte Lerngruppe, um dann später eine andere Lerngruppe mit anderen TeilnehmerInnen zusammen zu erstellen. Die TeilnehmerInnen zeigten deutlich, dass sie selbst entscheiden konnten, wie das IP gestaltet werden sollte. Ein weiterer Aspekt, der deutlich wurde, war, dass einige TeilnehmerInnen den Prozess der Entscheidung umkehrten, indem sie gemeinsam mit den IP-BegleiterInnen über die IP-Inhalte entschieden. Dabei stellten sie die Frage „Was möchtest Du?“ an die IP-BegleiterInnen.

Dieser beschriebene Erfahrungsraum und die selbstbestimmte Wahl des Themas sorgten für eine **hohe Lernmotivation**, die wiederum in Kombination mit einer angepassten Methodik und Didaktik zu einem **Mehr an Lernerfolgen** bzw. **Fortschritten** führte. Diese Erfolgserlebnisse sorgten für eine Stärkung des Selbstwertgefühls und eröffneten zum einen neue Erfahrungen, und erhöhten zum anderen die Motivation, Neues zu lernen.

Die beobachteten Veränderungen waren nicht nur auf den Kontakt innerhalb des IPs beschränkt, sondern hatten auch **Auswirkungen** auf den **Alltag**. Eltern und BetreuerInnen bestätigten die Beobachtungen, so dass sie Veränderungen des Verhaltens der TeilnehmerInnen auf das IP zurückführten. Diese Veränderungen wurden vor allem in Form von **größerem Selbstvertrauen**, **mehr Selbstbestimmung** und **höherer Kritikfähigkeit** und **Kompromissbereitschaft** beobachtet.

Die **Beziehungsgestaltung** war tendenziell für die TeilnehmerInnen von großer Bedeutung, die in **Wohnstätten** lebten und nun die Möglichkeiten hatten, dass sich eine Person ihnen **individuell** zuwendete. **Individuelle Aufmerksamkeit** und das oben genannte auf „**Augenhöhe**“-**Begegnen** mit seinen positiven Auswirkungen war für diesen Personenkreis im IP ein zentraler Punkt. Hier diente das Erlernen von Fertigkeiten eher als „Transportmittel“, um andere Inhalte wie **Selbstwertgefühl** und **Selbstbestimmung** zu vermitteln. Gerade bei den TeilnehmerInnen aus den Wohnstätten wurde deutlich, wie sensibel ein IP-BegleiterInnen-Wechsel vorbereitet und durchgeführt werden musste. Das Projekt-Team versuchte stets für einen fließenden Übergang zwischen den IP-BegleiterInnen zu sorgen, indem die nachfolgende IP-BegleiterIn die TeilnehmerInnen und die aktuelle IP-BegleiterIn einen gewissen Zeitraum begleitete. Diese Vorgehensweise war zum einen auf Grund der spontanen Entscheidungen der IP-BegleiterInnen nicht immer möglich. Zum anderen galt diese Vorgehensweise für alle Wechsel, nicht nur für die TeilnehmerInnen in Wohnstätten.

Bei den TeilnehmerInnen, die zum Zeitpunkt des Projekts bei den Eltern wohnten, konnte festgehalten werden, dass hier eher die Vermittlung von Fertigkeiten im Mittelpunkt stand als die Beziehungsgestaltung. Trotzdem war sie ein wichtiges Element für das Gelingen des IP, unabhängig von der Wohnform der jeweiligen TeilnehmerInnen.

Hervorzuheben ist an dieser Stelle noch einmal, dass die IP-Termine jeweils **zwei Stunden pro Woche** betrug. Obwohl dies wenig erscheint, zeigten die Veränderungen bei den TeilnehmerInnen, dass dies **ausreichend** war, um letztendlich **vielfältige positive Veränderungen** zu erreichen.

Ein weiterer wichtiger Faktor für das Gelingen eines IP ist die **Kommunikation** und die **Kooperation** mit dem **Umfeld** der jeweiligen TeilnehmerInnen. Die Kommunikation fand in erster Linie zwischen IP-BegleiterInnen und Umfeld statt. Viele BetreuerInnen sprachen von ihrer eigenen „**Betriebsblindheit**“, die durch das IP aufgehoben wurde. Das IP diente somit als **Praxisanleitung** für die BetreuerInnen, die es je nach eigener Einstellung in den Alltag übernahmen oder nicht. Einige der BetreuerInnen, die Inhalte in den Alltag aufnahmen, bestätigten, dass solche **Erfolgserlebnisse** zu **mehr Spaß an der Arbeit** führte. Andere wiederum standen dem IP eher skeptisch gegenüber und betrachteten es als Extra ohne großen Wert für das eigene Arbeiten. So kam es vor, dass **erlernte Fertigkeiten nicht im Alltag erwünscht** bzw. gefordert waren / wurden und somit das IP „**boykottiert**“ wurde. Mangelnde Kommunikation hatte natürlich Folgen für die Umsetzung der IP. Dies begann damit, dass z. B. den TeilnehmerInnen nicht genügend Taschengeld ausgezahlt wurde, damit er/sie beim Cafebesuch ein Getränk kaufen konnte und endeten bei vergessenen Terminen oder bei Terminkollisionen, die durch BetreuerInnen der Wohnstätten verursacht wurden. Leidtragende dieser Probleme, unabhängig ob vom Umfeld der TeilnehmerInnen oder von InDiPro verursacht, waren stets die TeilnehmerInnen. So ist es verständlich, dass die TeilnehmerInnen bei ausgefallenen Terminen oder nicht zu Stande kommen von geplanten Aktionen enttäuscht waren. Demzufolge stand dann beim nächsten Treffen die Aufarbeitung des Ausfalls im Vordergrund sowie die Bemühungen, diese „Pannen“ in Zukunft mit der Aktivität des TeilnehmerInnen zu vermeiden. An diesen Problemen, mit denen sich die IP-BegleiterInnen konfrontiert sahen, wird auch deutlich, welche **Flexibilität** und **Spontaneität** von den IP-BegleiterInnen verlangt wurde, da sie sich auf die jeweils gegebenen Umstände einstellen mussten.

Die **Evaluationsgespräche** boten die Möglichkeit, diese **Diskrepanzen** zu thematisieren und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Prinzipiell wurde ein solcher **Austausch**, wie er in diesen Gesprächen stattgefunden hat, **stark befürwortet**. Es zeigte sich, dass es einen **hohen Bedarf** an **Kommunikation**

zwischen den **Institutionen** und den **Eltern** gab und die von InDiPro initiierten Evaluationsgespräche dazu **gerne genutzt** wurden.

## **6.7 Schlussfolgerungen**

Das Individuelle Programm wurde zu Beginn dieses Kapitels als Bildungsprogramm beschrieben, das die Inhalte der „Persönlichkeitsbildung“, der „sozialen Teilhabe“, das „Erlernen von Fertigkeiten zur Erhöhung der Selbstständigkeit“ und die „Umwelterweiterung“ als Basis hatte. Um diesen Aufgaben Rechnung tragen zu können, haben sich folgende Aspekte als wichtig erwiesen:

### **1. Bezogen auf das IP:**

- **Das Suchen und Finden einer „gemeinsamen Sprache“ zwischen TeilnehmerIn und IP-BegleiterIn.**
- **Die selbstbestimmte Wahl des Inhalts und die daraus resultierende Motivation.**
- **Die positive Atmosphäre, die vor allem durch die selbstbestimmte Organisation der TeilnehmerInnen zu Stande kam.**
- **Das Lernen in der konkreten Situation und das prozessorientierte Vorgehen in der Vermittlung.**
- **Die kontinuierliche Supervision der IP-BegleiterInnen als Qualitätssicherndes Element.**

**2. Das IP blieb aber nicht isoliert, so dass mit Blick auf das Umfeld folgendes festgehalten werden kann:**

- **Aktive Kooperation und Kommunikation bezüglich des IP-Verlaufs zwischen TeilnehmerIn, IP-BegleiterIn und dem jeweiligen Umfeld**
- **Damit einhergehend die Schaffung von Transparenz für das Umfeld**
- **Dazu der Austausch in den Evaluationsgesprächen**

**Sind diese Punkte gewährleistet, so lassen sich die formulierten Inhalte des Bildungsprogramms realisieren und tragen zu einer deutlichen Verbesserung der Lebenssituation des jeweiligen Menschen bei. Vor allem dann, wenn das**

**Umfeld aktiv kooperiert und die externen Impulse aufnimmt und umsetzt. Besonders deutlich wurde dies im Fallbeispiel von Frau Kaiser.**

## **6.8 Literatur**

Bensch, C. & Klicpera, C. (2003) Dialogische Entwicklungsplanung. 2. Auflage. Universitätsverlag Winter, Heidelberg.

Blümer, T. & Gräve, R. & Opitz, M. (2003) Zahle mit Zalo Zifferli. Persen-Verlag, Horneburg.

Derucki, E. (2005) Lebensqualität in Wohneinrichtungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universitätsbibliothek Marburg.

Speck, O. (2005) Menschen mit geistiger Behinderung. 10. überarbeitete Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München u.a.

Thoma-Heizmann, D. & Strobel, F. (2003) Einfaches Kochen nach Fotos. Persen-Verlag, Heidelberg.



## 7 Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

*Institut für empirische und angewandte Sozialforschung an der Justus-Liebig-Universität Gießen e.V. – Dr. Bettina Nickel und Andrea Wächtershäuser.*

### 7.1 Einführung

Bei der wissenschaftliche Begleitung eines Modellvorhabens können je nach inhaltlichen Erfordernissen und Vorgaben unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts InDiPro, das über drei Jahre die Entwicklung und Biografie von Menschen mit geistiger Behinderung mitgestaltete, richtete ihr Hauptaugenmerk auf die an dem Vorhaben partizipierenden Zielpersonen; in diesem Fall die Teilnehmer des Projekts. Da diese Teilnehmer eng verbunden mit einem sozialen Umfeld leben, von dem sie im hohen Maße abhängig sind und das ihr Leben maßgeblich mitgestaltet, erachteten wir im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung auch die Erforschung der Einstellungen und Erfahrungen der in diesem sozialen Umfeld agierenden Personen, wie z.B. Mitarbeiter von Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Eltern bzw. gesetzliche Betreuer der Teilnehmer, für wichtig.

Wenn wir in den folgenden Abschnitten von Teilnehmern, Mitarbeitern, Lehrern Studenten oder Betreuern sprechen, so meinen wir hiermit stets sowohl Personen männlichen als auch weiblichen Geschlechts.

Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts InDiPro hatte **zwei Hauptziele**. Zum einen sollte sie im Rahmen der **formativen Evaluation** (vgl. Bortz/Döring 2002) des Projekts die Ergebnisse der Untersuchungen während der laufenden Projektphase in die Steuerungsgruppe einbringen. Zum anderen sollte sie am Ende Projekts die **Erfahrungen und Bewertungen der untersuchten Gruppen zusammenfassend darstellen** (summative Evaluation; vgl. Bortz/Döring 2002).

Für die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts standen neben der regelmäßigen Mitwirkung und Beratung in der Steuerungsgruppe deshalb die folgende Forschungsaufgaben im Mittelpunkt:

- Die Untersuchung der Erwartungen der Teilnehmer sowie der Personen ihres sozialen Umfeld bezüglich des Verlaufs und der Inhalte des Projekts

- Die Untersuchung der Auswirkungen der Individuellen Programme und der Empfehlungen auf die Entwicklung und das Wohlbefinden der Teilnehmer.
- Die Untersuchung der Akzeptanz und der Zufriedenheit der Teilnehmer sowie Personen ihres sozialen Umfelds mit den Angeboten und der Entwicklung des Projekts
- Die Untersuchung ausgewählter Fälle durch Darstellung und Zusammenfassung multiperspektivischer Beurteilungen

## **7.2 Zielgruppen und methodisches Vorgehen**

Um zu verdeutlichen, welche Personen und Zielgruppen in die multiperspektivische Betrachtung einbezogen wurden, sollen an dieser an dieser Stelle zunächst die zu untersuchenden Zielgruppen aufgeführt werden:

- Teilnehmer des Projekts
- Eltern oder gesetzliche Betreuer der am Projekt teilnehmenden Personen
- Mitarbeiter von Wohnstätten, in denen Teilnehmer des Projekts leben
- Mitarbeiter von Tagesförderstätten, in denen Teilnehmer Tagesförderung erhalten
- Mitarbeiter von Werkstätten, in denen Teilnehmer arbeiten
- Lehrer von Schulen, in denen Teilnehmer ausgebildet wurden
- Mitarbeiter des InDiPro-Projekts

Die Untersuchung der zu Anfang geschilderten Aspekte im Rahmen eines multiperspektivischen Ansatzes erforderte ein multimethodisches Studiendesign (vgl. Kelle/Erzberger 2000). D.h., dass die Erforschung von Einstellungen und Erfahrungen der verschiedenen Zielgruppen mit Hilfe unterschiedlicher nachfolgend aufgezählter Untersuchungsmethoden durchgeführt wurde.

- Explorationsgespräche
- Schriftliche Befragungen mit Hilfe standardisierter Fragebögen mit statistischer Auswertung
- Mündliche Befragungen mit Hilfe von Gesprächsleitfäden mit inhaltsanalytischer Auswertung
- Inhaltsanalytische Auswertung der Dokumentationen über den Verlauf der Individuellen Programme
- Ausgewählte Fallstudien in einem multiperspektivischen Ansatz

Schriftliche Befragungen mit Fragebögen haben wir im Rahmen von einem Zwei-Wellen-Panel im Sommer 2004 und im Sommer 2005 mit Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern und Mitarbeitern der Einrichtungen durchgeführt. Für diese Methode haben wir uns bei diesen beiden Zielgruppen entschieden, weil wir damit eine Vollerhebung durchführen konnten, d.h., dass alle am Projekt beteiligten Eltern und Einrichtungen die Chance hatten, an der Befragung teilzunehmen (vgl. Schnell, Hill Esser 1988)

Die Teilnehmer selbst wurden nicht mit Fragebögen befragt, sondern mit Hilfe von **Face-to-Face Interviews**, die mit einem **Gesprächs-Leitfaden** erhoben wurden. Diese Methode erachteten bei dieser Zielgruppe für angemessener, da sie mehr Raum zum Erzählen lässt und keine standardisierten Antwortmuster vorgibt (vgl. Flick, Kardoff, Steinke 2000).

Allerdings war es schwierig, die Einstellungen und Erfahrungen von Teilnehmern zu untersuchen, die sich aufgrund einer Behinderung selbst nicht oder kaum verbal äußern konnten. Hier sind der empirischen Sozialforschung generell enge Grenzen gesetzt. Zur Erforschung der Stimmungen und Entwicklungen von Teilnehmern, die nicht oder kaum sprechen konnten, haben wir uns daher Unterstützung durch Aussagen ihres sozialen Umfelds eingeholt, sowie die Dokumentationen der Mitarbeiter des Projekts genauer betrachtet.

### 7.3 Chronologischer Ablauf der Untersuchungen

Da das Modellprojekt sukzessive anließ und die erste Projektphase zunächst darin bestand, Teilnehmer für das Projekt zu gewinnen sowie ein Diagnostikinstrumentarium, individuelle Programme und einen Mitarbeiterpool aufzubauen, wurden die Explorationsgespräche mit Teilnehmern, ihren Eltern und anderen Personen erst Ende 2003 geführt. Zu dieser Zeit verfügte das Projekt bereits über einen gewissen Pool an Teilnehmern sowie über eine mehrmonatige Routine bezüglich des Diagnostikprozesses und der Durchführung der Individuellen Programme. Die mit zwölf Personen aller Zielgruppen durchgeführten Explorationsgespräche hatten zwei Zielsetzungen. Es sollten dabei zunächst zeitnah erste Eindrücke über die Teilnahmemotivation, den Diagnostikprozess und, die Empfehlungen sowie die ersten Erfahrungen bezüglich der Individuellen Programme

gesammelt werden. Diese konnten dann in Form komprimierter Informationen zeitnah an die Projektleitung und die Steuerungsgruppe und die Mitarbeiter des Projekts weitergegeben werden. Zum anderen dienten diese zwölf Gespräche mit Teilnehmern, Eltern und Einrichtungen auch zur inhaltlichen Vorbereitung der standardisierten, im Sommer 2004 zum Einsatz gekommenen Befragungsinstrumente. Im darauf folgenden Winter und Frühjahr wurden die Teilnehmer des Projekts befragt sowie die Verlaufsprotokolle ausgewertet. Im Juli/August 2005 erfolgte dann die zweite Befragung der Eltern und Mitarbeiter der Einrichtungen.

#### **7.4 Teilnehmerbefragung 2005**

Um einen Eindruck davon zu gewinnen, wie die Beteiligten das Projekt InDiPro erlebt haben, wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung mit 24 Projektteilnehmern im März/April 2005 offene Leitfaden-Interviews geführt. Die zwölf Frauen und zwölf Männer im Alter zwischen 17 und 36 Jahren wurden nach einem qualitativen Auswahlverfahren (vgl. Nickel, Berger, Schmidt, Plies 1995) nach folgenden Kriterien und Merkmalen ausgewählt:

- 50% männliche und 50% weibliche Teilnehmer
- Verbal kommunizierende und non-verbal kommunizierende Projektteilnehmer
- Dauer des Individuellen Programms mindestens schon acht Monate, gerechnet vom Zeitpunkt Februar 2005
- Die ausgewählten Teilnehmer sollten ein breites Spektrum bezüglich der Individuellen Programm abdecken.

Drei der Teilnehmer gingen zu diesem Zeitpunkt noch zur Schule, 21 besuchten eine Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung.

Der im Vorfeld der Befragung erstellte Gesprächsleitfaden enthielt Fragen zu folgendem thematischen Schwerpunkten:

- Gründe für Teilnahme
- Diagnosephase
- Umsetzung

- Schwierigkeiten
- Zeitrahmen
- Veränderungen in Bezug auf Selbständigkeit und Teilhabe an der Gesellschaft
- Wünsche / Ziele

Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Danach wurden sie analog zu den Befragungskategorien nach inhaltlichen Schwerpunkten des Leitfadens kategorisiert und ausgewertet.

#### **7.4.1 Ergebnisse der Teilnehmerbefragung 2005**

##### **Gründe für Teilnahme**

Auffällig ist, dass ein Großteil der Befragten den Erwerb konkreter praktischer Fertigkeiten, wie z.B. Schuhe binden, einkaufen gehen, Bus bzw. Zug fahren oder telefonieren als Grund für die Teilnahme am Projekt nannte. Ausschlaggebend für diese Wahl waren in den meisten Fällen bestimmte Lebenszusammenhänge und Perspektiven sowie das Erlangen größerer Selbständigkeit. *„Wenn ich mal von zuhause ausziehe, möchte ich alleine kochen und den Haushalt führen können“*, kommentiert eine Teilnehmerin ihren Wunsch. Ein anderer Teilnehmer erklärt: *„Wenn ich meinen Vater besuchen möchte, muss ich mit dem Zug dorthin fahren. Das will ich selbständig und ohne fremde Hilfe können. Und wenn ich mal eine Freundin habe, will ich sie auch alleine besuchen können“*.

Auch sportliche Aktivitäten, zum Beispiel schwimmen oder Fußball spielen wurden häufig genannt. Während es bei den praktischen Fähigkeiten vorrangig um die Bewältigung bestimmter Lebenssituationen ging, stand für die Gruppe derer, die sich eine sportliche Aktivität gewünscht hatten, die Teilhabe an den Aktivitäten Gleichaltriger im Vordergrund. Deshalb scheint es für den Teilnehmer, der gerne Fußball spielen lernen möchte, nicht allein damit getan zu sein, in der Einrichtung oder zuhause mit der Betreuungsperson zu spielen. *„Ich will mit anderen Jugendlichen auf dem Fußballplatz spielen“*, konkretisiert er seine Vorstellungen. Eine weitere Gruppe gab Erleichterung bzw. Verbesserung der Kommunikation als Grund für die Teilnahme am Projekt an. Hier finden sich Wünsche wie der Umgang mit einem Talker (elektronisches Hilfsmittel, das der Erleichterung der Kommunikation dient), um sich an Gesprächen beteiligen zu können, die in der

Schule begonnene Fortführung der gestützten Kommunikation, schreiben lernen, um Briefe schreiben zu können und dadurch Kontakte aufrecht zu erhalten sowie telefonieren lernen, um Freunde anrufen zu können. *„Ich habe mir zu Weihnachten ein Handy gewünscht. Deshalb möchte ich lernen, mit einem Handy zu telefonieren. Ich kann dann immer meine Freunde anrufen“*, erzählt eine Teilnehmerin. In der Gruppe der Befragten gibt es auch einige Teilnehmer, die sich aus bloßer Neugierde oder *„um schlauer zu werden“* für eine Teilnahme am Projekt entschieden haben. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass mit Ausnahme eines einzigen Befragten, alle ihre Teilnahme am Projekt mit auf Zukunft gerichteten Wünschen begründen.

### ***Diagnosephase***

In dieser Kategorie finden sich weitgehend homogene Antworten. Ein Großteil der Befragten konnte sich an die Diagnosephase nicht mehr erinnern bzw. hatte diese Phase niemals als eine zum Projekt gehörende Untersuchungszeit empfunden, sondern vielmehr als „Arztbesuch“. Die wenigen Teilnehmer, welche die Diagnosephase als solche identifizieren konnten, fanden sie *„in Ordnung“* und nicht überaus anstrengend.

### ***Umsetzung***

Auch in dieser Kategorie finden sich weitgehend positive Erfahrungen. Die Bewertungen reichen von „gut“ bis „sehr gut“. Lediglich drei der Befragten geben an, mit der Umsetzung nicht zufrieden gewesen zu sein. Auf Nachfragen stellte sich heraus, dass in allen Fällen personelle Probleme (unzureichende Qualifikation und Unzuverlässigkeit der studentischen Mitarbeiter, Wechsel der studentischen Bezugspersonen etc.) als Grund für die Unzufriedenheit der Teilnehmer eine entscheidende Rolle spielten. Dadurch fanden zum Teil die Termine nicht regelmäßig statt oder konnten aufgrund des personellen Engpasses oder nach Ausscheiden eines studentischen Mitarbeiters nicht mehr fortgeführt werden. Bei einem Teilnehmer kam hinzu, dass die Umsetzung des Wunsches zu gefährlich gewesen wäre (chemische Versuche) und eine Teilnehmerin nannte Probleme mit der Auswahl eines geeigneten Talkers, die aber im Laufe des Individuellen Programms behoben werden konnten.

## **Zeitraahmen**

Die Mehrzahl der befragten Teilnehmer fand den vorgegebenen Zeitrahmen von einmal wöchentlich 2 Stunden grundsätzlich „okay“. In einigen Fällen konnte die Doppelstunde auf zwei Einzelstunden wöchentlich verteilt werden, was sich für die betreffenden Teilnehmer in zweierlei Hinsicht vorteilhaft auswirkte: Erstens kam zweimal pro Woche eine Bezugsperson, die sich individuell mit ihnen beschäftigte und zweitens wurde eine Einzelstunde als weniger anstrengend empfunden als eine Doppelstunde. Eine entscheidende Rolle bei der Zufriedenheit mit dem zeitlichen Rahmen spielten Ort und Tageszeit der Durchführung des Individuellen Programms. Fand es nach der Werkstatt am späten Nachmittag oder frühen Abend statt, so wurde es von den meisten Teilnehmern als sehr anstrengend empfunden, was zu größerer Unzufriedenheit führte. Aus diesem Grund wurden nach derartigen anfänglichen Erfahrungen in einigen Fällen Ort und Tageszeit gewechselt, die Durchführung zum Beispiel in die Werkstatt verlegt und damit der Tagesrhythmus der Teilnehmer berücksichtigt.

## **Veränderungen**

In der Kategorie Veränderungen finden sich unterschiedliche Antworten. Zusammenfassend genannt wurden folgende Veränderungen:

In Bezug auf Veränderungen, die das angestrebte Ziel des Individuellen Programms betreffen, gaben fast alle Teilnehmer an, dass sie das, was sie „geübt“ haben, jetzt „*alleine*“ können. Ebenfalls ein Großteil der befragten Teilnehmer antwortete, durch das Individuelle Programm selbständiger oder selbstbewusster geworden zu sein, mehr Dinge selbständig erledigen und entscheiden zu können. Das betrifft auch Tätigkeiten, die nicht Inhalt des Individuellen Programms waren.

Veränderungen hinsichtlich der Verbesserung der Teilhabe am öffentlichen Leben:

Bei der Frage, ob durch das Individuelle Programm eine Verbesserung der Teilhabe an der Gesellschaft erreicht worden sei, zeigten sich im Antwortverhalten deutliche Unterschiede. Veränderungen gaben hier insbesondere die Teilnehmer an, die im Rahmen des Individuellen Programms auch in der Öffentlichkeit aktiv wurden. „*Am Schönsten fand ich, mit meiner Studentin einen Stadtbummel zu machen und Eis essen zu gehen*“, erzählt eine Teilnehmerin. Diese Aussage entspricht dem Wunsch vieler Teilnehmer nach Teilhabe an den Aktivitäten Gleichaltriger, was in zahlreichen Interviews zum Ausdruck kommt.

## Wünsche und Ziele

Am Schluss der Interviews wurden die Teilnehmer nach ihren Lebenszielen sowie nach weiteren Wünschen gefragt. Auffallend ist hier, dass die geäußerten Wünsche und Ziele auf den ersten Blick weitgehend identisch sind mit den angegebenen Gründen für die Teilnahme am Projekt. Auch hier nannte also ein Großteil sportliche Aktivitäten und lebenspraktische Fertigkeiten (Spülen, Umgang mit Geld, Knöpfe schließen, Rechnen, Sicherheit im Straßenverkehr, Uhr lesen). Hinzu kamen Interessen im handwerklichen Bereich, z.B. *„um dem Vater mit der Bohrmaschine helfen zu können“* sowie im künstlerischen (zeichnen, malen) und musikalischen Bereich (Keyboard spielen; in einer Band spielen). Besonders interessant ist, dass bei einigen Befragten hier die Bedürfnisse der aktuellen Lebenssituation angepasst wurden. So antwortete ein Teilnehmer, bei dem das eigentliche IP-Thema zugunsten aktueller notwendiger Hilfestellungen beim Umzug in eine Wohngruppe zurück gestellt wurde: *„Das weiß ich jetzt noch nicht, was ich mir wünsche; das hängt davon ab, was ich dann brauche“*. Derartige Erfahrungen fließen sicherlich in die Entscheidungen, Wünsche und Ziele der Teilnehmer mit ein. In der Frage nach der Fortführung des Projekts sind sich alle einig, sie wünschen sich bis auf eine Ausnahme die Fortführung der Individuellen Programme. Diese sollten am besten mit einer Bezugsperson, die mit Ihnen die gewünschten Dinge einübt und auch als *„Freund“* oder *„Freundin“* für sie da sind, fortgeführt werden.



#### **7.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse (Teilnehmerbefragung)**

Alle Befragten hatten konkrete Gründe dafür, am Projekt teilzunehmen. Die Gründe resultierten in den meisten Fällen aus Wünschen, die mehr Selbständigkeit und neue Fertigkeiten für die Lebensgestaltung in der Zukunft zum Inhalt hatten. Die Diagnose, als einmaliges Ereignis am Anfang des Projekts, hatten viele der Befragten zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr in Erinnerung. Diejenigen, die sich erinnern konnten, äußerten, dass sie diesen Prozess nicht anstrengend, sondern in Ordnung fanden. Die Umsetzung und Durchführung der Individuellen Programme wird von fast allen sehr positiv bewertet. Kritik wurde von wenigen Befragten darüber geäußert, dass während der Durchführungsphase der Individuellen Programme die studentischen Mitarbeitern wechselten und dadurch organisatorische Schwierigkeiten entstanden sind. Die meisten der genannten Schwierigkeiten konnten aber nach Angaben der Befragten im Laufe des Projekts behoben werden. Die Befragten gaben bei der Befragung an, dass zwei Stunden Individuelles Programm pro Woche für sie in Ordnung sei. Einige Befragte wiesen auf die Wichtigkeit hin, die Tageszeit für die Durchführung der Individuellen Programme von der physischen und psychischen Verfassung des Teilnehmers abhängig zu machen. Die befragten Teilnehmer stellten auf die Frage nach Veränderungen u. a. fest, dass sie durch die Individuellen Programme inzwischen die Dinge, die sie geübt haben, alleine, ohne fremde Hilfe ausführen können. Darüber hinaus gaben einige der Befragten an, dass sie mehr Selbständigkeit und mehr Selbstbewusstsein erlangt haben. Besondere Freude wurde von vielen darüber zum Ausdruck gebracht, dass ihnen durch die Individuellen Programme auch neue Möglichkeiten zur Teilhabe am öffentlichen Leben eröffnet wurden. Alle Befragten wünschen sich bis auf eine Ausnahme die Fortführung der Individuellen Programme. Diese sollten am besten mit einer Bezugsperson, die mit Ihnen die gewünschten Dinge einübt und auch als Ansprechpartner für sie da sind, fortgeführt werden.

## 7.5 Befragung von Eltern und Einrichtungen (Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe) in den Jahren 2004 und 2005

Tabelle 16 stellt dar, wie viele Fragebögen in den Sommern 2004 und 2005 jeweils an Eltern bzw. gesetzliche Betreuer und Einrichtungen ausgegeben und wie viele ausgefüllt zurückgesendet wurden. Unschwer ist an der Rücklaufquote zu erkennen, dass mit der Befragung mehr Eltern bzw. gesetzliche Betreuer erreicht werden konnten als Mitarbeiter in den Einrichtungen, in denen die Teilnehmer des Modellprojekts lebten, arbeiteten oder lernten. Neben Zeitproblemen, die bei Mitarbeitern der Einrichtungen beim Ausfüllen der Fragebögen möglicherweise aufgetreten wären, könnten auch ein geringerer persönlicher Betroffenheitsgrad, ein geringes Interesse oder ein geringer Informationsgrad über das Projekt Gründe für den schwächeren Rücklauf sein.

Gruppe	Gundgesamtheit Bruttostichprobe	Rücklauf Nettostichprobe	Rücklauf In %
Eltern und gesetzliche Betreuer 2004	57	39	69% Verteilung: 85% Eltern 15% gesetzl. Betreuer.
Eltern und gesetzliche Betreuer 2005	59	42	71% Verteilung: 88% Eltern 12% gesetzl. Betreuer.
Einrichtungen 2004	89	46	52% Verteilung: Wohnstätte 29% Tafö 27% WfbM 29% Schule u.a. 15%
Einrichtungen 2005	93	50	54% Verteilung: Wohnstätte 40% Tafö 16% WfbM 30% Schule u.a. 14%

**Tabelle 16 Verteilung der Befragung**

Von Interesse für die wissenschaftliche Begleitung und Steuerungsgruppe waren zum Befragungszeitpunkt folgende Leitfragen:

- Was waren die Beweggründe für Teilnahme?
- Welchen Stellenwert messen die Befragten generell der interdisziplinären Diagnose und dem Individuellen Programm bei?
- Wie fanden die Befragten die bisherige Umsetzung von interdisziplinärer Diagnose und Individuellem Programm?

- Welche Wünsche haben die Befragten für die Zukunft

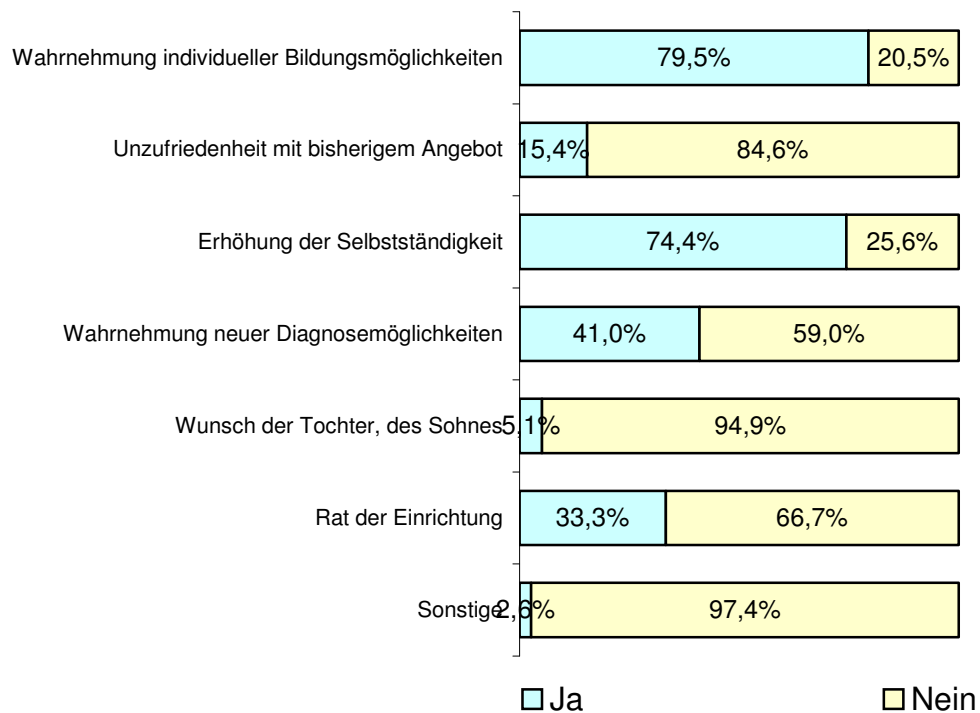
Im folgenden stellen wir die Ergebnisse der Beurteilungen des Modellprojektes aus zweimal zwei Befragungen vor. Im Sommer 2004 haben wir unseren Befragungsschwerpunkt mehr auf die diagnostische Phase gelegt, während wir ein Jahr später das Augenmerk im besonderen auf das Individuelle Programm hatten. Die Gründe hierfür liegen im Prozesscharakter des Modellprojekts. Im Sommer 2004 waren annähernd alle Teilnehmer diagnostiziert, jedoch noch nicht alle Teilnehmer länger als drei Monate im Individuellen Programm. Da die Diagnostik eine einmaliges Ereignis war, das über einem kurzen Zeitraum durchgeführt wurde, bedurfte es daher auch nur einer einmaligen ausführlichen Befragung. Das Individuelle Programm aber, das über einen längeren Zeitraum entwickelt und durchgeführt wurde, konnte bezogen auf alle Teilnehmer erst am Projektende, im Sommer 2005, einer ausführlichen Beurteilung unterzogen werden. Wir haben in 2005 dennoch auch einige Fragen wiederholt, die bereits in 2004 gestellt wurden. In unseren Ausführungen vergleichen wir nur dann die Ergebnisse von beiden Messzeitpunkten, wenn deutliche Veränderungen im Antwortverhalten oder Gruppenunterschiede erkennbar sind.

### ***7.5.1 Ergebnisse der Befragungen von Eltern und Einrichtungen***

#### **Gründe für die Teilnahme**

Auf die Frage, welche Gründe ausschlaggebend dafür waren, dass die Tochter / der Sohn am InDiPro-Projekt teilnimmt, werden im Rahmen von Mehrfachantworten vor allem die Wahrnehmung individueller Bildungsmöglichkeiten von 79% und die Erhöhung der Selbständigkeit von 74% genannt.

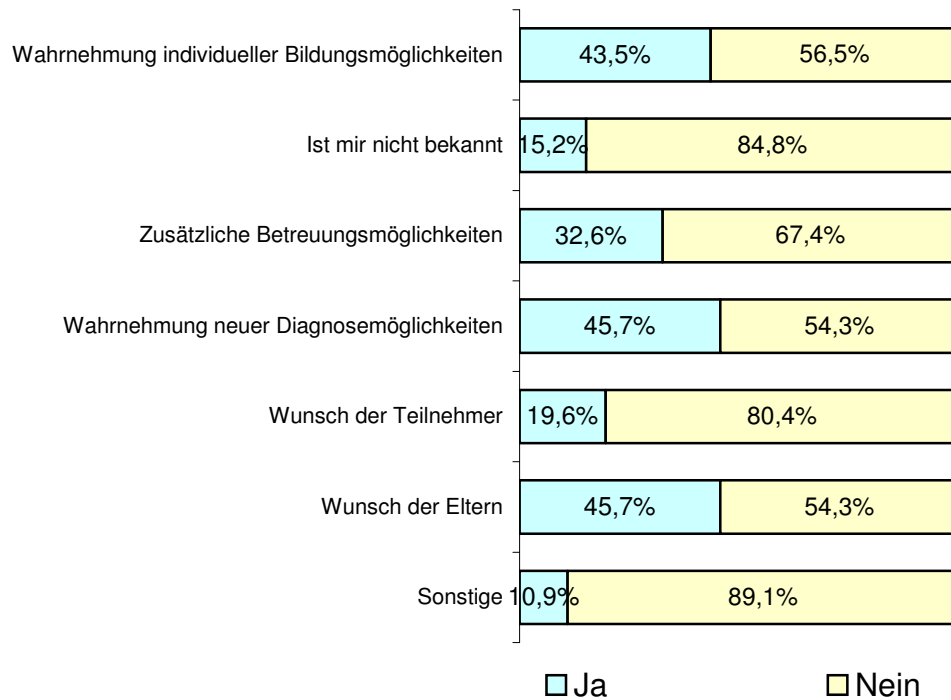
Auch die Wahrnehmung neuer Diagnosemöglichkeiten (41%) und der Rat der Einrichtungen (33%) werden als Begründung häufiger aufgeführt. Nur in wenigen Fällen war für die Teilnahme der „Wunsch der Tochter/ des Sohnes“ und die „Unzufriedenheit mit bisherigen Angeboten“ mit ausschlaggebend.



**Abbildung 3 Elternbefragung 2004: Gründe für die Teilnahme an InDiPro**

Auch die Einrichtungen wurden gefragt, welche Gründe aus ihrer Sicht dafür ausschlaggebend waren, dass Menschen aus ihren Einrichtungen am InDiPro-Projekt teilnehmen. Abbildung 4 zeigt hierzu, dass die meisten Nennungen mit 46% auf „Wunsch der Eltern“ fielen und „Wahrnehmung individueller Bildungsmöglichkeiten“ zwar sehr häufig genannt wurde, jedoch mit 43% erheblich weniger oft als bei den Eltern.

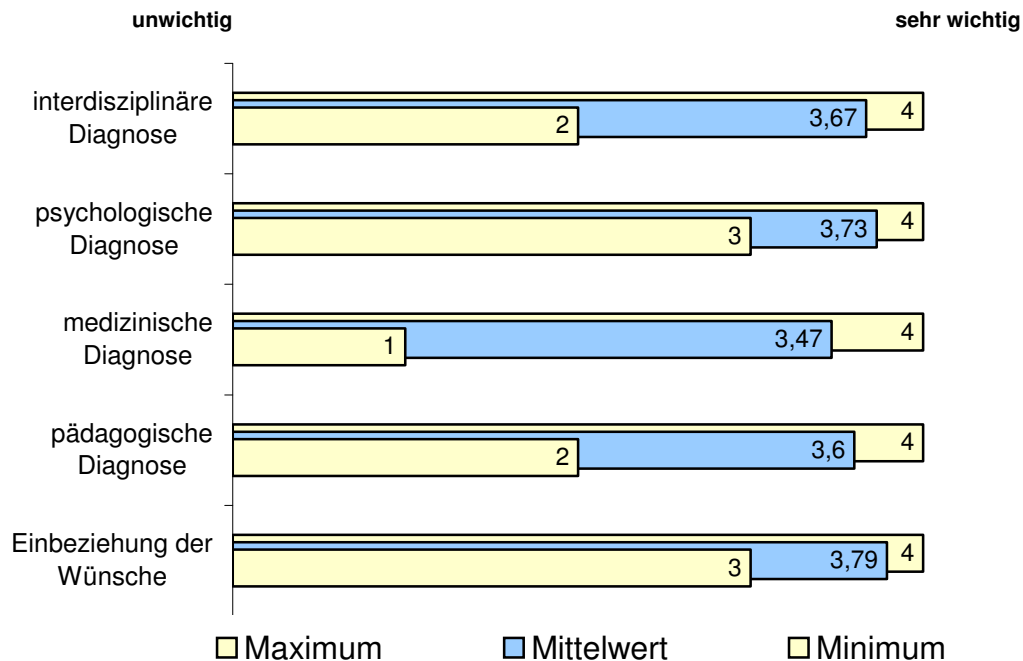
Einen hohen Stellenwert in Bezug auf die Motive für die Teilnahme hat bei beiden Gruppen vor allem die „Wahrnehmung neuer Diagnosemöglichkeiten“. Für die Einrichtungen waren aber auch nicht im geringen Maße „der Wunsch des Teilnehmers“ und die Möglichkeit „zusätzlicher Betreuungsmöglichkeit“ mit ausschlaggebend für die Teilnahme.



**Abbildung 4 Expertenbefragung 2004: Gründe für die Teilnahme an InDiPro**

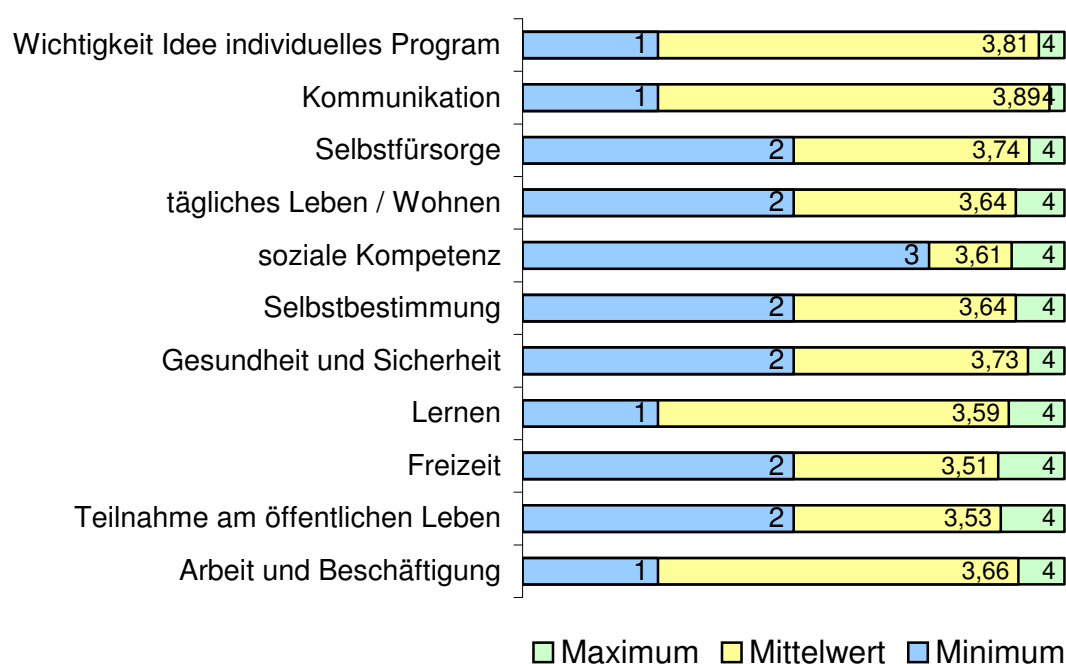
### **Wie wichtig erachten die Eltern und Einrichtungen die Diagnose und das Individuelle Programm?**

Die diesbezüglichen Fragen waren unterteilt in fünf Unterfragen, die auf einer Skala von 1 (unwichtig) bis 4 (sehr wichtig) beantwortet werden konnten. „Alles ist wichtig“, so könnte die Zusammenfassung des Antwortverhaltens sowohl der Eltern als auch der Einrichtungen lauten. Allerdings können auch einige, wenn auch nicht besonders gravierende Unterschiede bei den Antworten festgestellt werden, wie die Abbildungen 5 bis 7 anschaulich zeigen.



**Abbildung 5 Elternbefragung 2004: Relevanz der Interdisziplinären Diagnostik**

Danach gefragt, wie wichtig die Befragten die interdisziplinäre Diagnose für Menschen mit geistiger Behinderung generell erachten, bringen die befragten Eltern und gesetzlichen Betreuer mit einem Mittelwert von 3,67 zum Ausdruck, dass Sie eine **interdisziplinäre Diagnose** bei Menschen mit geistiger Behinderung für äußerst wichtig erachten. Fast alle **Befragten (97%)** haben hier den Wert „**wichtig**“ oder „**sehr wichtig**“ angekreuzt, was nochmals den hohen Stellenwert verdeutlicht. Vor allem die Einbeziehung der Wünsche von Menschen mit geistiger Behinderung und die Untersuchung von psychologischen Faktoren (Beurteilung kognitiver Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der emotionalen Befindlichkeit) werden mit einem Mittelwert von über 3,73 als sehr wichtig eingeschätzt. Aber auch die Untersuchung der Kompetenzen in den zehn von der WHO definierten Lebensbereichen sowie eine medizinische Diagnose beurteilen die Befragten als wichtig oder sehr wichtig.



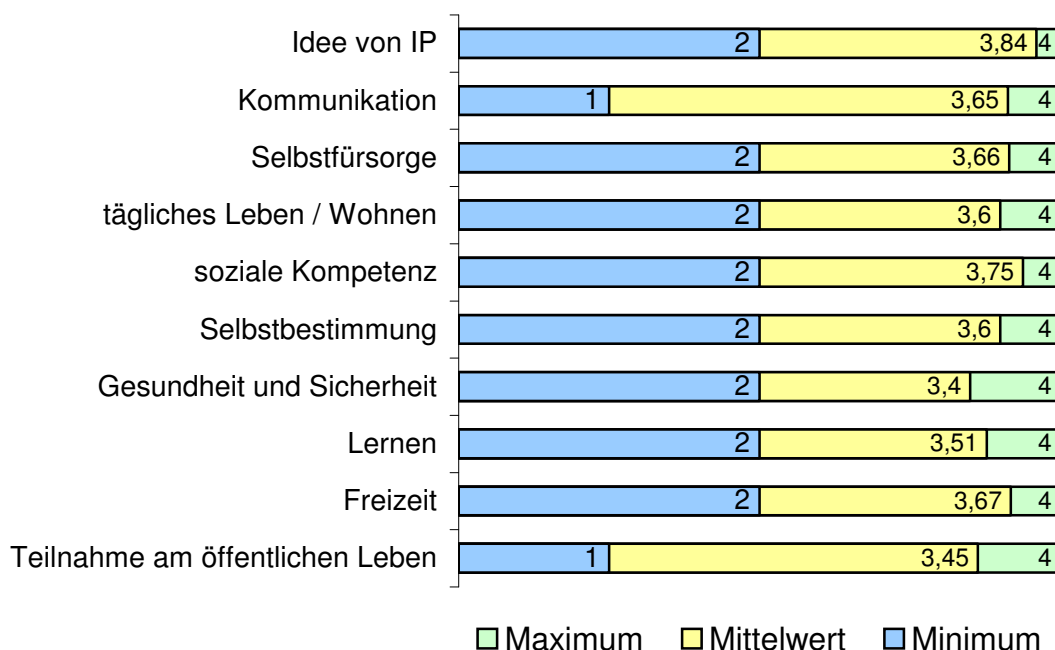
**Abbildung 6 Elternbefragung 2005: Wichtigkeit des Individuellen Programms**

Bezüglich der Wichtigkeit des Individuellen Programms für Menschen mit geistiger Behinderung zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Beurteilung des Stellenwerts der interdisziplinären Diagnose. Abbildung 6 verdeutlicht, dass die Befragten einem Individuellen Programm für Menschen mit geistiger Behinderung einen sehr hohen Stellenwert beimessen. Danach gefragt, in welchen der von der WHO definierten zehn Lebensbereichen im besonderen Individuelle Programme wichtig sind, liegen die Bereiche Kommunikation, Selbstfürsorge, Wohnen, Selbstbestimmung und soziale Kompetenz in der Rangfolge vorne, während Freizeit und Arbeit jeweils einen minimal geringeren Mittelwert aufweisen und eher hinten liegen. Nach einem Jahr noch einmal befragt, erhöht sich der Mittelwert bei den befragten Eltern bezüglich der Punkte „Wichtigkeit individueller Programme generell“ und „Wichtigkeit Individueller Programme im Bereich Kommunikation“ auf 3,9. Alle haben hier mit „wichtig“ oder „sehr wichtig“ geantwortet, was zeigt, dass am Ende des Projekts keine der befragten Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer mehr die Wichtigkeit Individueller Programme anzweifelt.

Die Eltern und gesetzlichen BetreuerInnen der Projektteilnehmer, die an unserer Befragung teilgenommen haben, zeigen hiermit ein fast einheitliches an Selbstbestimmung und Eigenständigkeit ihrer Kinder bzw. ihrer zu Betreuenden

interessiertes Einstellungsmuster. Bezieht man die Hauptmotive (Wahrnehmung von Bildungsmöglichkeiten und Erhöhung der Selbstbestimmung) für die Teilnahme am Projekt mit ein, bestätigt sich dieses Bild und verdeutlicht auch die an diesen Idealen orientierte Perspektive aus der sie das Projekt und seine Ergebnisse möglicherweise beurteilt haben.

Die Einrichtungen beurteilen die Wichtigkeit eines Individuellen Programms für Menschen mit geistiger Behinderung ähnlich wie Eltern und gesetzliche Betreuer. Abbildung 7 veranschaulicht diesen Befund. Die Unterschiede zu den Ergebnissen der Eltern sind marginal. Auch bei den Einrichtungen haben sich leichte Veränderungen zwischen den Befragungen 2004 und 2005 ergeben. Während die Wichtigkeit individueller Programme im Bereich „Kommunikation“ noch höher eingeschätzt wird, hat sich der Wert bei der Einschätzung der Wichtigkeit individueller Programme generell leicht abgeschwächt.



**Abbildung 7 Expertenbefragung 2004: Wichtigkeit des Individuellen Programms**

### **Wie beurteilen die Eltern bzw. die gesetzlichen BetreuerInnen und Einrichtungen den Verlauf und die Resultate des Modellprojekts?**

Wie in den vorangegangenen Abschnitten beschrieben, betonen sowohl die Eltern bzw. gesetzliche Betreuer als auch die Einrichtungen, dass ihnen eine interdisziplinäre Diagnose sowie Individuelle Programme sehr wichtig sind. Die

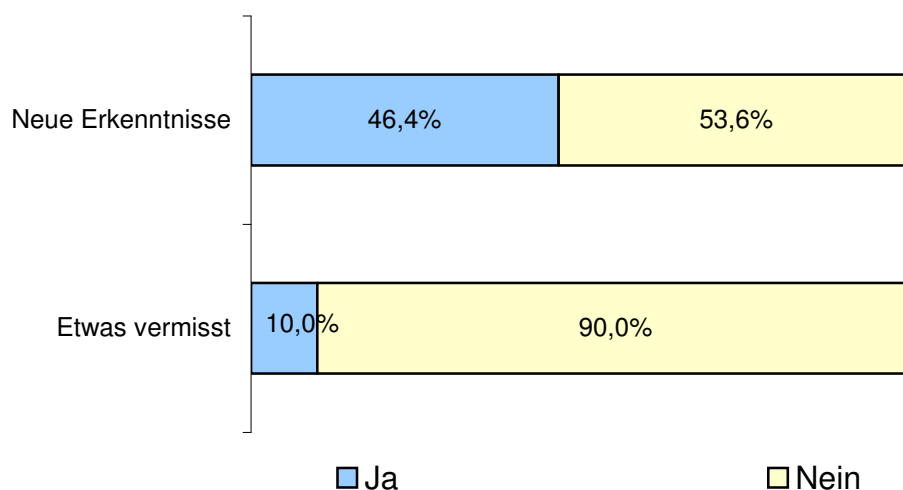


folgenden Ergebnisse zeigen, wie beide Gruppen Diagnose, Empfehlungen und Individuelle Programme des Modellprojekts beurteilt haben.

### Interdisziplinäre Diagnose

Die Frage, ob Eltern bzw. gesetzliche Betreuer durch die Diagnose im InDiPro-Projekt Neues über ihren Sohn/ ihre Tochter erfahren haben, bejahen nahezu 47%. Von den befragten Einrichtungen bejahen diese Frage dagegen nur 34%. (Es konnten die Frage auch nur diejenigen beantworten, die von Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer die Ergebnisse weitergereicht bekommen haben.)

90% der Eltern bzw. gesetzliche Betreuer geben an, dass Sie bei der Diagnose nichts vermisst haben.



**Abbildung 8 Elternbefragung 2004: Einschätzung der Diagnostischen Phase**

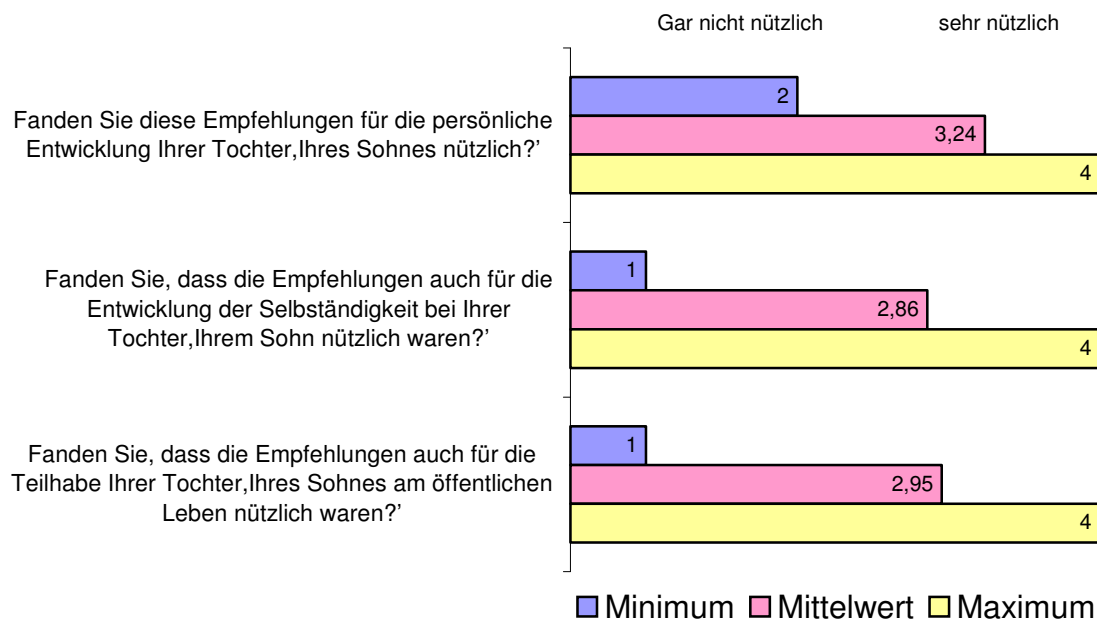
Die zwei Befragten, die etwas vermisst haben, äußern, dass sie die Überprüfung einer bestimmten Fähigkeit bei Sohn/Tochter vermisst haben oder dass sie noch keine Ergebnisse erhalten haben. Letzteres liegt wohl darin begründet, dass zum Zeitpunkt der ersten Befragung 2004, die erst Mitte dieses Jahres gewonnenen Teilnehmer noch nicht vollständig diagnostiziert waren. Bei den Einrichtungen antworten hingegen nur 71%, dass sie bei der Diagnose nichts vermisst haben. Von den 29%, die etwas vermissten, beklagen fast alle, dass Sie keine Informationen über die Ergebnisse der Diagnose erhalten haben. Da die Hoheit über die Weitergabe dieser Informationen bei den Eltern bzw. bei den gesetzlichen Betreuern lag, hatte InDiPro hierauf nur bedingt Einfluss, d.h., InDiPro konnte den Eltern bzw.

gesetzlichen Betreuern nur empfehlen, die Ergebnisse der Diagnose an die Einrichtungen weiterzuleiten. Dieser Empfehlung scheinen einige Eltern bzw. gesetzliche Betreuer nicht nachgekommen zu sein.

## Empfehlungen

Von den diagnostischen Ergebnissen wurden auch Empfehlungen z.B. medizinisch-therapeutischer Art oder Empfehlungen für den Alltag abgeleitet, die dann zur Umsetzung an die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer weitergeleitet wurden. Auch die Empfehlungen waren Gegenstand unserer Befragung.

Die Eltern bzw. gesetzliche Betreuer wurden danach gefragt, wie nützlich sie diese Empfehlungen zum einen für die persönliche Entwicklung des Sohnes/der Tochter erachteten und wie sie diese Empfehlungen zum anderen für die Entwicklung von Selbstständigkeit bzw. für die Teilhabe an der Gesellschaft fanden. Auch hier rangierte die Antwortskala zwischen 1 (gar nicht nützlich) und 4 (sehr nützlich).



**Abbildung 9 Elternbefragung 2005: Einschätzung der Empfehlungen**

Die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer antworten sowohl in 2004 als auch in 2005, dass sie die Empfehlungen vor allem für die persönliche Entwicklung von Sohn/Tochter für nützlich oder sehr nützlich fanden (Mittelwert 3,24). Auch in Hinsicht auf die Selbstständigkeit und Teilhabe am öffentlichen Leben wurden die Empfehlungen als nützlich erachtet. Hier ist der Mittelwert allerdings mit 2,95 und

2,86 etwas geringer ausgefallen als bei der Frage nach der persönlichen Entwicklung.

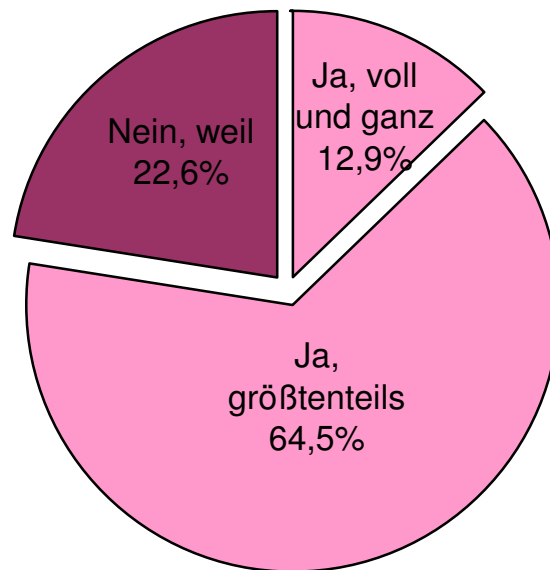
In diesem Zusammenhang haben wir weiter danach gefragt, inwieweit vor allem die medizinisch-therapeutischen Empfehlungen, die am Anfang des Projekts gegeben wurden und außerhalb der Möglichkeiten der Individuellen Programme lagen, umgesetzt werden konnten. Von den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer gaben hier 44% an, dass die Empfehlungen voll umgesetzt werden konnten, während andere 44% äußerten, dass nur ein Teil dessen von ihnen umgesetzt werden konnte. 12% gaben dagegen an, dass eine Umsetzung bisher nicht stattgefunden hat. Begründet wurde dies in den meisten Fällen mit Widerständen bzw. Grenzen der Tochter bzw. des Sohnes, aber auch mit Problemen mit Ärzten und/oder Krankenkassen.

Da die Empfehlungen vom InDiPro-Team an die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer weitergeleitet wurden, hatten diese somit auch hier die Hoheit über diese Informationen. Nach Aussagen der Einrichtungen, die bei der Befragung mitgemacht haben, haben die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer in nur 51% der Fälle Informationen an die Einrichtungen weitergegeben. Diese hätten sich aber mehr Informationen über die medizinisch-therapeutischen oder lebenspraktischen Empfehlungen gewünscht, dies äußerten 84% der befragten Einrichtungen.

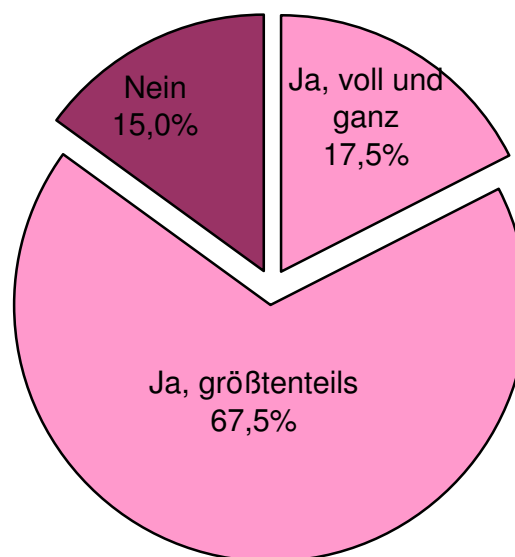
### **Individuelles Programm**

Sowohl am Ende als auch in der Mitte der Projektlaufzeit haben wir die Eltern bzw. gesetzliche Betreuer und die Einrichtungen danach gefragt, ob sie den Eindruck haben, dass das ausgewählte individuelle Programm positiv umgesetzt werden konnte.

Die Abbildungen 10 – 13 verdeutlichen, dass die Bewertung der Umsetzung bei beiden Gruppen sehr positiv ist und sich im Laufe der Zeit noch verbessert hat.

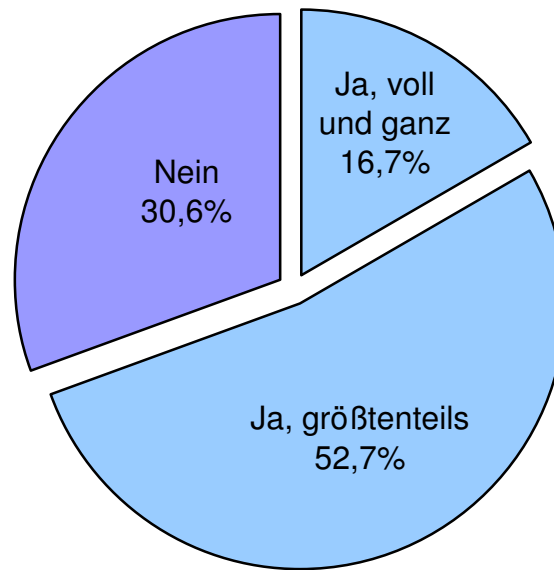


**Abbildung 10 Elternbefragung 2004: Umsetzung des Individuellen Programms**

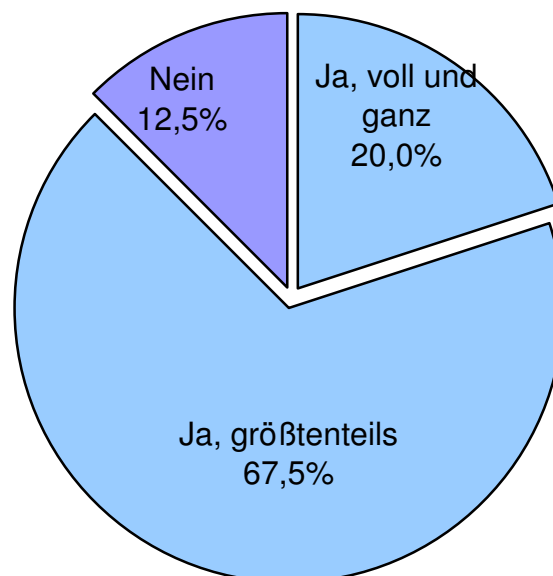


**Abbildung 11 Elternbefragung 2005: Umsetzung des Individuellen Programms**

Während in 2004 über 77% der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer die Umsetzung mit „voll und ganz positiv“ oder „größtenteils positiv“ bewerten, waren es in 2005 schon 85%.



**Abbildung 12 Expertenbefragung 2004: Umsetzung des Individuellen Programms**



**Abbildung 13 Expertenbefragung 2005: Umsetzung des Individuellen Programms**

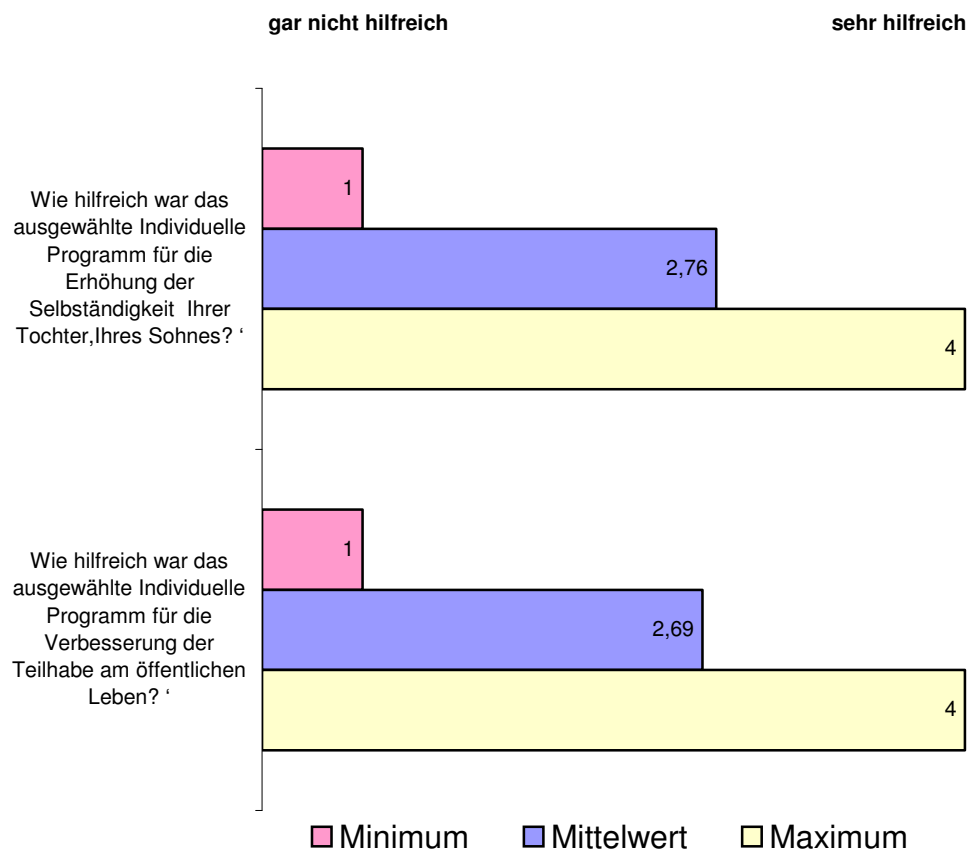
Die Einrichtungen zeigen ein ähnliches Antwortmuster wie Eltern bzw. gesetzliche Betreuer. Von den befragten Einrichtungen, die angaben, diese Umsetzung auch beurteilen zu können, antworten in 2005 87%, dass sie das Individuelle Programm

für „voll und ganz“ oder „größtenteils“ positiv umgesetzt halten, während dieser Prozentsatz in 2004 noch bei 69% lag.

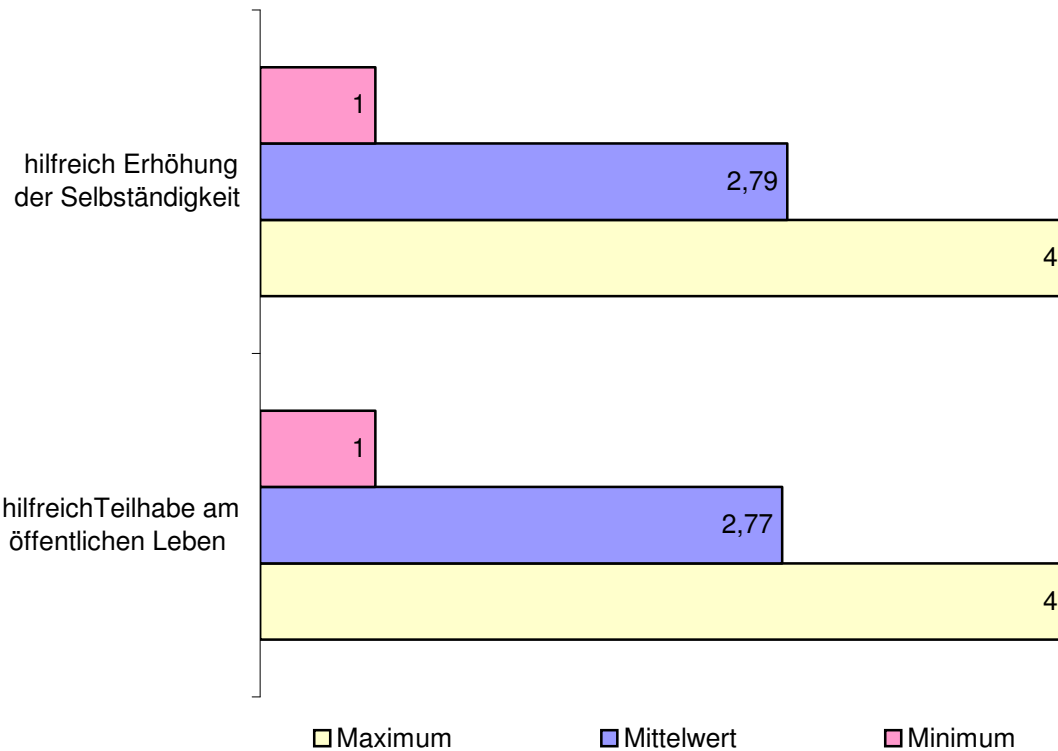
Damit wird deutlich, dass der größte Teil des sozialen Umfelds der Projektteilnehmer einen guten bis sehr guten Eindruck vom Individuellen Programm gewonnen hat. Die Befunde zeigen darüber hinaus, dass die positive Umsetzung der Programme bei Menschen mit geistiger Behinderung einen gewissen Zeitraum in Anspruch nimmt, diese Zeit aber in den allermeisten Fällen sehr gut angelegt ist, wie die sich im Laufe eines Jahres verbessernden positiven Bewertungen verdeutlichen.

Die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer, die angaben, dass das Programm nicht positiv umgesetzt werden konnte, nannten folgende Begründungen: Probleme, die in der Persönlichkeit des Sohnes/ der Tochter begründet liegen (z.B. Verweigerung der Mitarbeit oder Überforderung) sowie Gründe, die auf personelle Probleme (Wechsel der Bezugsstudenten) zurückzuführen sind. Von den Einrichtungen haben 13% geäußert, dass das Individuelle Programm nicht positiv umgesetzt werden konnte. Es werden hier organisatorische Probleme und zu hohe Erwartungen an den Teilnehmer genannt.

Im Anschluss wurden beide Gruppen danach gefragt, ob im Laufe des Projekts Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Individuellen Programme aufgetreten sind. Bei beiden Gruppen antworten jeweils deutlich über die Hälfte, dass es keine Schwierigkeiten gab. Die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer, die Schwierigkeiten hatten, äußerten hier ähnlich wie bei der vorangegangenen Frage, dass diese entweder auf Personal- oder Organisationsprobleme bzw. auf die Persönlichkeit Ihres Sohnes/Ihrer Tochter zurückzuführen seien. Die Einrichtungen berichten von den ähnlichen Schwierigkeiten wie Eltern bzw. gesetzliche Betreuer, nennen aber auch noch die Koordination zwischen allen Beteiligten bezüglich Räumen und zeitlichen Absprachen als weitere Schwierigkeit. Auf die Fragen wie hilfreich die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer und die Einrichtungen das Individuelle Programm für die Erhöhung der Selbständigkeit und für die Verbesserung an der Teilhabe am öffentlichen Leben fanden zeigen beide Gruppen ein nahezu identisches Antwortmuster wie die Abbildungen 14 und 15 verdeutlichen.



**Abbildung 14 Elternbefragung 2005: Einschätzung Individuelles Programm**



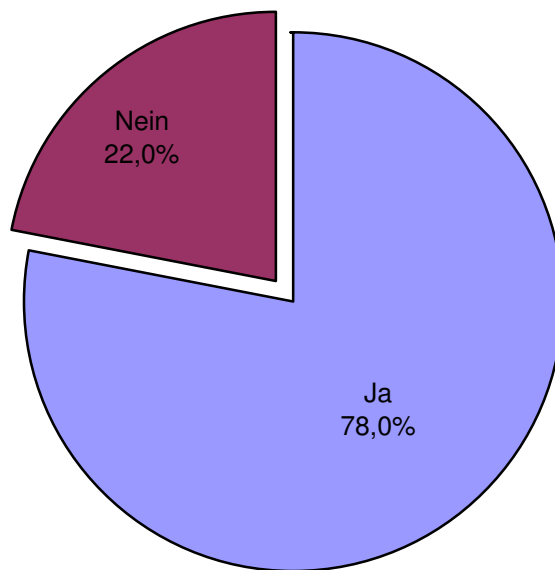
**Abbildung 15 Expertenbefragung 2005: Einschätzung Individuelles Programm**

Die Antwortmöglichkeiten rangierten zwischen „gar nicht hilfreich“ (1) und „sehr hilfreich“ (4). Mit Mittelwerten zwischen 2,7 und 2,8 haben beide Gruppen zum Ausdruck gebracht, dass Sie das Individuelle Programm für beide Aspekte hilfreich fanden, womit verdeutlicht wird, dass Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer und Einrichtungen in der Ermöglichung Individueller Programme auch in Bezug auf diese Aspekte einen wichtigen Baustein sehen.

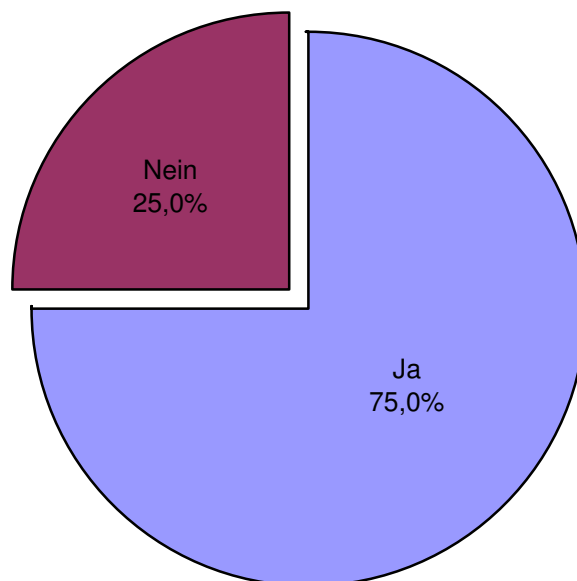
Bezüglich der Entwicklung der Projektteilnehmer wurden beide Gruppen befragt, ob Sie Veränderungen bei Sohn/ Tochter bzw. Teilnehmer feststellen konnten, die sie auf das Individuelle Programm zurückführen.

Abbildungen 16 und 17 zeigen, dass 78% der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer und 75% der Einrichtungen Veränderungen dieser Art festgestellt haben





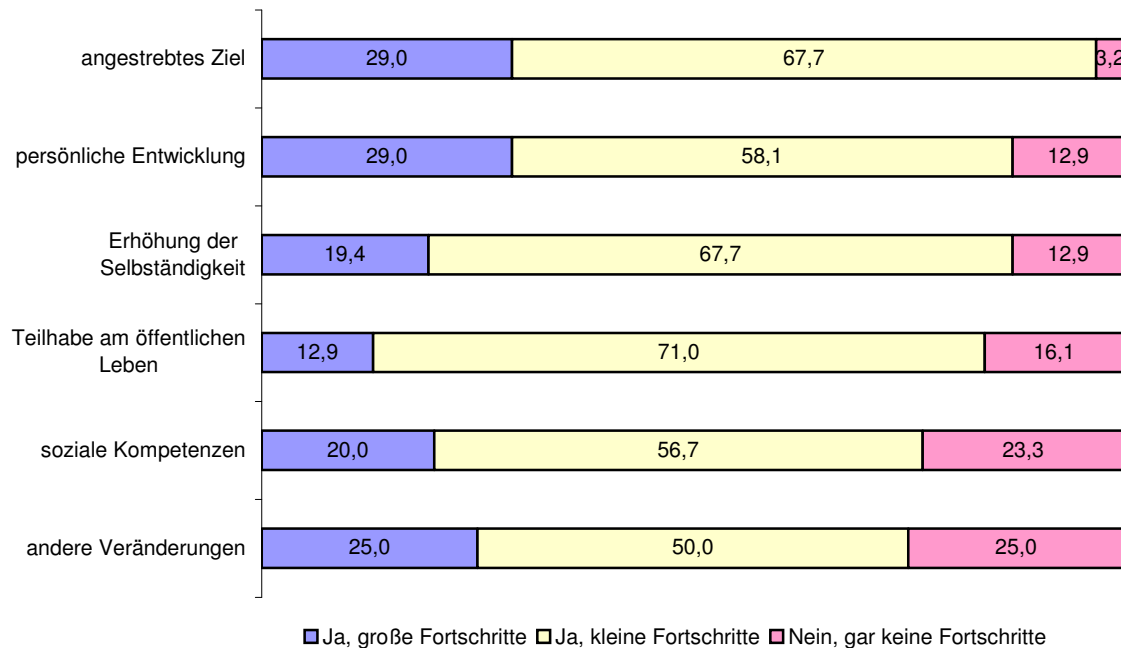
**Abbildung 16 Elternbefragung 2005: Veränderung durch Individuelles Programm**



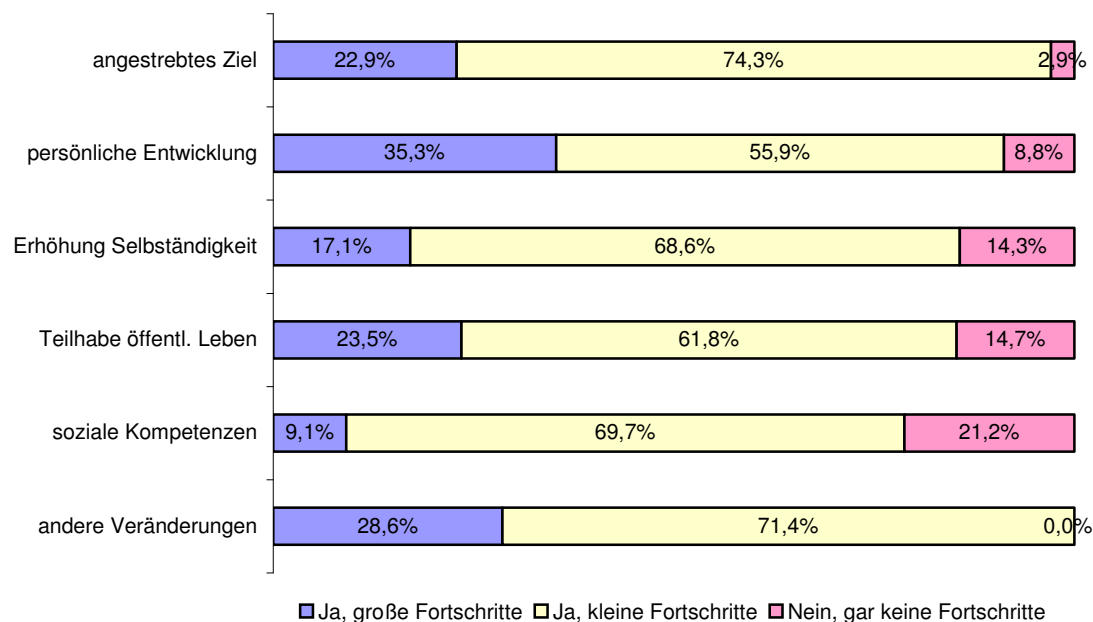
**Abbildung 17 Expertenbefragung 2005: Veränderung durch Individuelles Programm**

Vertiefend haben wir Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer und Eichrichtungen, die Veränderungen feststellen konnten, gefragt, welcher Art die Veränderungen waren und wie groß die Fortschritte diesbezüglich waren. Die Befragten hatten dabei drei

Antwortmöglichkeiten: 1. Große Fortschritte 2. kleine Fortschritte 3. keine Fortschritte. Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 18 und 19 dargestellt.



**Abbildung 18 Elternbefragung 2005: Veränderung durch Individuelles Programm**



**Abbildung 19 Expertenbefragung 2005: Veränderung durch Individuelles Programm**

Bei den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern sehen bezogen auf das angestrebte Ziel des Individuellen Programms 29% große Fortschritte und 68% immerhin kleine

Fortschritte. (zusammen 97%). Nur 3% sehen hier gar keine Fortschritte. Ein nahezu identisches Antwortmuster zeigen bei dieser Frage auch die Einrichtungen.

Auch Fortschritte in Bezug auf die persönliche Entwicklung des Sohns/ der Tochter bzw. des Projektteilnehmers sollten bewertet werden. 29% der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer sehen hier große und 58% sehen noch kleine Fortschritte. Nur 13% nehmen keine Fortschritte auf diesem Gebiet wahr. Noch positiver bewerten diesen Aspekt die Einrichtungen, von denen 35% große Fortschritte feststellen und 56% zumindest noch kleine. Bezüglich der Erhöhung der Selbstständigkeit sehen 19% der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer sowie 17% der Einrichtungen große Fortschritte, der wesentlich größere Teil beider Gruppen sieht hier aber kleine Fortschritte (67% und 68%). Der Anteil der Befragten, die bei diesem Aspekt keine Fortschritte wahrnehmen, liegt bei 13% und 14%. Große Fortschritte bezüglich der Teilhabe am öffentlichen Leben sehen von Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer fast 13% und von den Einrichtungen immerhin 23,5%. Kleine Fortschritte werden diesbezüglich noch mehr von den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern (71%) als von den Einrichtungen (61% ) gesehen. Allerdings ist ein fast identisches Antwortmuster hinsichtlich der Antwortmöglichkeit „gar keine Fortschritte“ erkennbar (14% und 16%). Im Hinblick auf die Fortschritte im Bereich der sozialen Kompetenzen haben 20% der Eltern bzw. gesetzliche Betreuer große Fortschritte wahrgenommen, während hiervon nur 9% der Einrichtungen berichten. Die Einrichtungen geben zu fast 70% dagegen kleine Fortschritte an, Eltern nur zu 57%. Beide Gruppen stimmen aber darin überein, dass sie hinsichtlich des Aspekts der sozialen Kompetenzen bei 21% und 23% der Projektteilnehmer keine Fortschritte feststellen konnten.

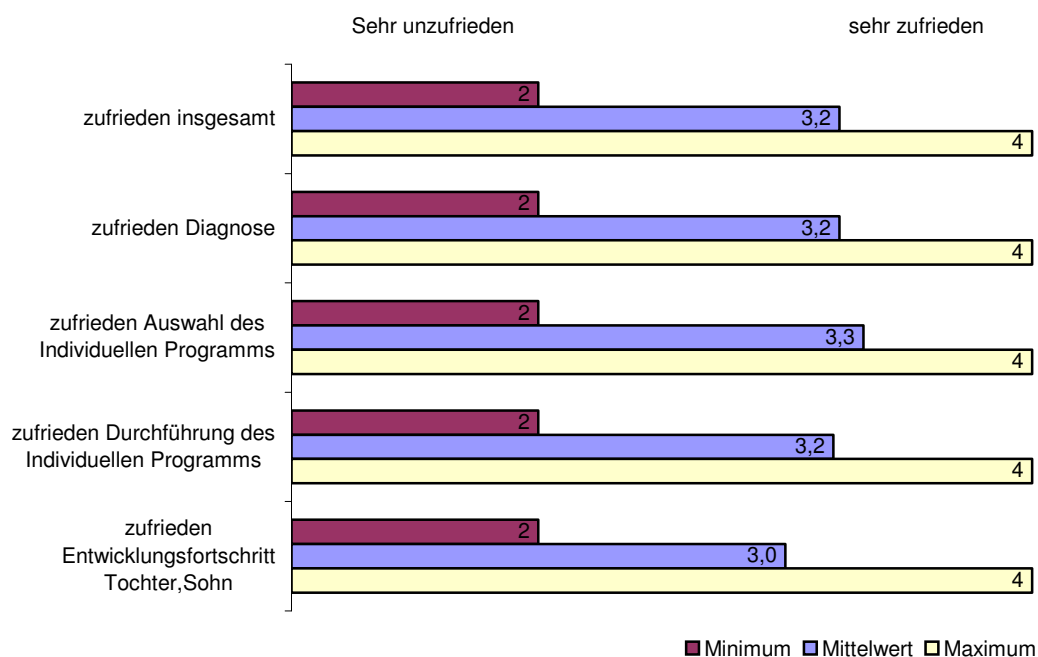
Gefragt nach anderen Fortschritten nannten vor allem die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer noch folgende Aspekte: Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und Stimmungslage, Fortschritte bezüglich der Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten, Stärkung des Selbstbewusstseins und Verbesserung der Motorik.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl große als auch kleine Fortschritte, die auf das Individuelle Programm zurückgeführt werden, von beiden Gruppen vor allem im Bezug auf das angestrebte Ziel und die Persönlichkeitsentwicklung gesehen werden. Danach folgen Erhöhung der Selbstständigkeit, Teilhabe am öffentlichen Leben und soziale Kompetenzen.

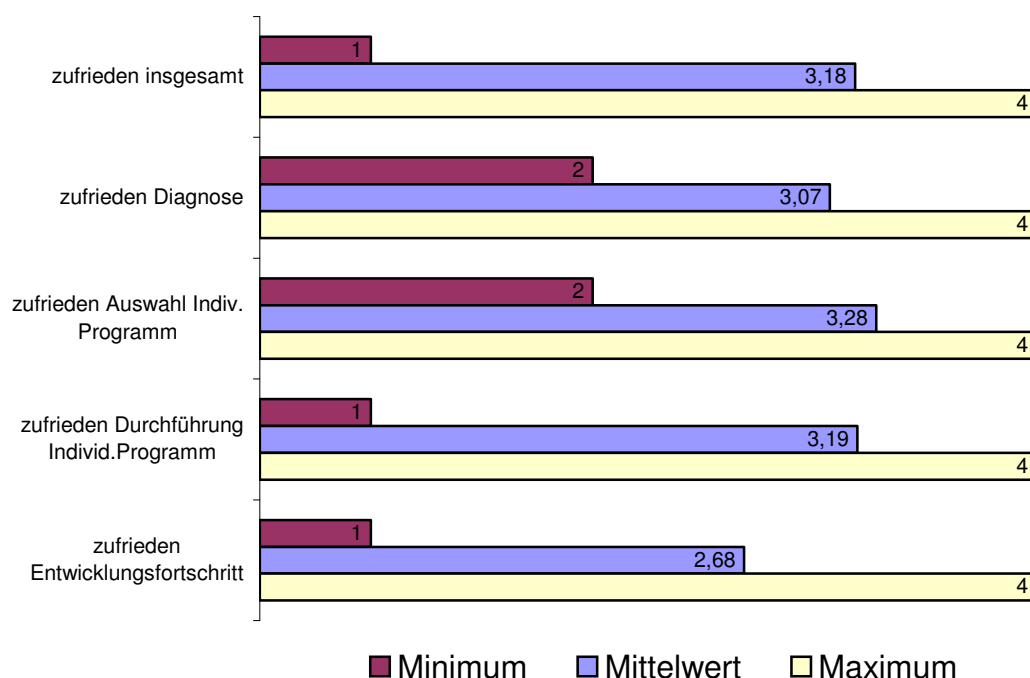
Gefragt, ob die zwei Stunden pro Woche für das Individuelle Programm ausreichend ist, antworten mit „ja“ von den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern 62,5% und von den Einrichtungen 55,3%. Beide Gruppen halten im Durchschnitt eher eine Wochenstundenzahl von 4 - 5 Stunden zur Durchführung Individueller Programme für angemessen.

Eltern bzw. gesetzliche Betreuer nahmen im Rhythmus von drei Monaten an einem Gespräch zur Evaluation des ausgewählten Individuellen Programms teil. Wir ließen sie beurteilen, ob sie diese Gespräche für hilfreich erachten. 65% der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer geben dabei an, dass Sie diese Gespräche hilfreich oder sogar sehr hilfreich finden. Keiner wählte hier die Antwortkategorie „gar nicht hilfreich“.

Zum Abschluss dieses Themenkomplexes wollten wir von beiden Gruppen wissen, wie zufrieden sie mit dem Modellprojekt und seinen einzelnen Bestandteilen (Diagnose, Auswahl des Individuellen Programms, Durchführung des Individuellen Programms, Entwicklungsfortschritt) waren. Auch hier war die Antwortskala vierstufig von „sehr unzufrieden“ (1) bis „sehr zufrieden“ (4). Insgesamt ist im Durchschnitt bei beiden Gruppen eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit feststellbar, wie die Abbildungen 20 und 21 verdeutlichen.



**Abbildung 20 Elternbefragung 2005: Zufriedenheit mit InDiPro-Elementen**



**Abbildung 21 Expertenbefragung 2005: Zufriedenheit mit InDiPro-Elementen**

Vor allem bei den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer zeigen die Ergebnisse insgesamt betrachtet eine besonders hohe Zufriedenheit. Erwähnenswert ist hier darüber hinaus, dass alle Durchschnittswerte zwischen 3 und 4 liegen und kein Befragter geantwortet hat, völlig unzufrieden mit dem Projekt zu sein. Auch bei den Einrichtungen zeigt sich eine ähnlich hohe Zufriedenheit, wobei die guten Durchschnittswerte dadurch minimal abgeschwächt werden, dass hier einige wenige Befragte Unzufriedenheit geäußert haben. Ein Unterschied zwischen Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern und Einrichtungen ist die Zufriedenheit mit dem Entwicklungsfortschritt; hier sind Eltern mit 3,0 deutlich zufriedener als die Einrichtungen mit 2,68.

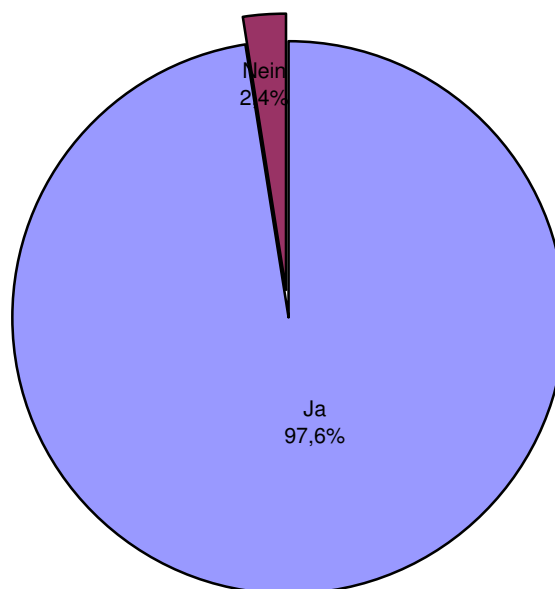
Alles in Allem beurteilt die überwiegende Mehrheit der Eltern bzw. die gesetzlichen Betreuer und Einrichtungen den Verlauf und die Resultate des Modellprojekts sehr positiv, wie unsere Ergebnisse verdeutlichen können. In den wenigen Fällen, die mit Schwierigkeiten unterschiedlicher Art behaftet waren, ist die Beurteilung erwartungsgemäß nicht ganz so positiv ausgefallen. Generell muss hier unterschieden werden in solche Fälle, die Probleme aufwerfen, die beeinflussbar und damit auf die Dauer auch behebbar sind, und solche, die weder vorhersehbar noch kurzfristig behebbar sind. Im Fall des hier untersuchten Modellprojekts sind beide

Arten von Schwierigkeiten aufgetreten. Während Probleme, die auf „Menscheien“ oder „Systemfehler“ zurückzuführen sind, schwer zu lösen sind, können die entstandenen Schwierigkeiten im Bereich Organisation und Kooperation, die zum großen Teil auf den innovativen Modellcharakter von InDiPro zurückzuführen sind, in Zukunft durch Verbesserung von Kommunikations- und Organisationsprozessen verhindert werden. Nicht zuletzt auch deshalb, weil durch Eltern bzw. gesetzliche Betreuer sowie durch die Einrichtungen Hinweise auf Schwierigkeiten gegeben und Verbesserungsvorschläge gemacht wurden.

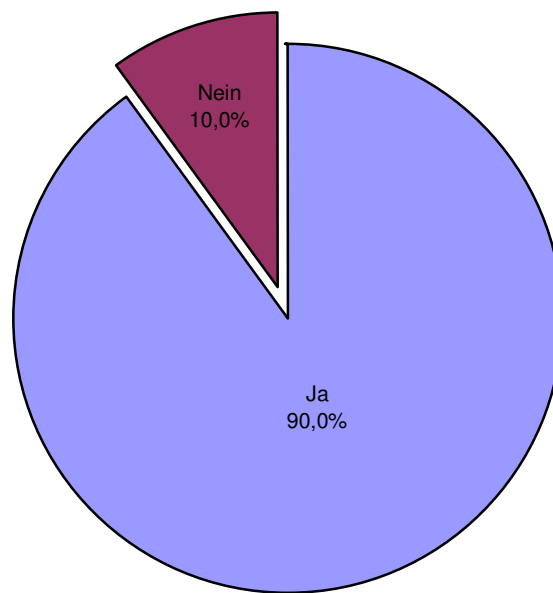
### **Zukunft von InDiPro**

Die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer und die Einrichtungen wurden im letzten Teil des Fragebogens mit Fragen über die Zukunft und die künftige Gestaltung von interdisziplinärer Diagnose und Individuellen Programmen gefragt. Im folgenden stellen wir die Ergebnisse hierzu vor.

Zunächst haben wir danach gefragt, ob das Angebot von InDiPro flächendeckend in Deutschland eingeführt werden sollte.



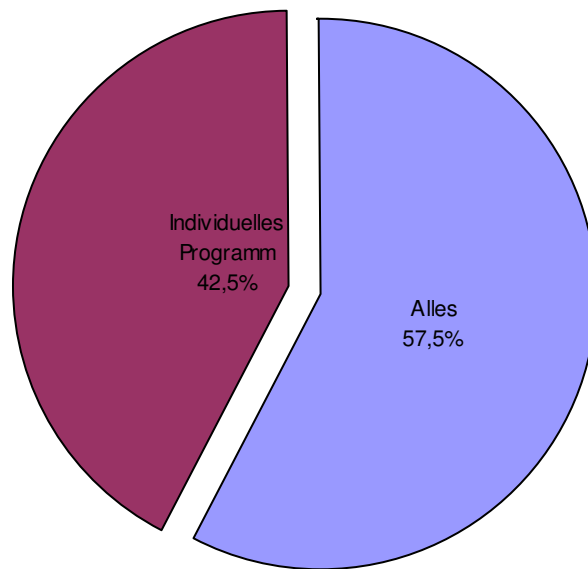
**Abbildung 22 Elternbefragung 2005: Einführung in Deutschland**



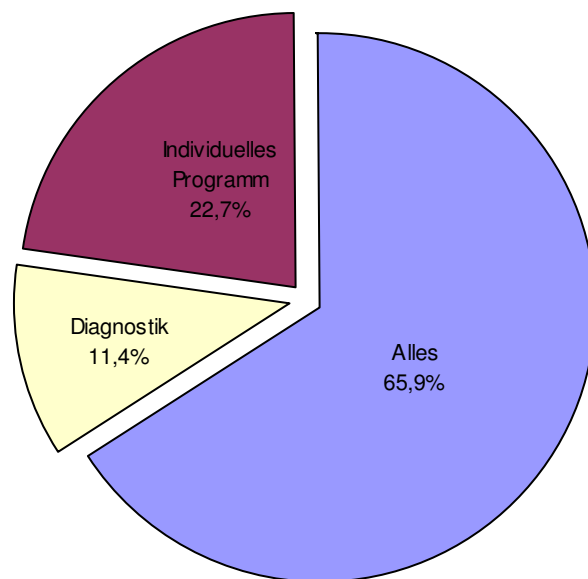
**Abbildung 23 Expertenbefragung 2005: Einführung in Deutschland**

Wie die beiden Abbildungen zeigen, antwortet sowohl bei den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern sowie bei den Einrichtungen eine überwältigende Mehrheit mit „ja“. Bejahen diese Frage von den Einrichtungen 90%, sind es bei Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern schon fast 98%. Diejenigen, die hier „nein“ geantwortet haben geben als Begründung vor allem finanzielle Gründe oder die Gewährleistung von Freiwilligkeit an.

Weiter wurde gefragt, welche Teile von InDiPro zukünftig als besonders wichtig erachtet werden (Diagnostik, Individuelles Programm, alles zusammen). Abbildungen 24 und 25 veranschaulichen die Ergebnisse.



**Abbildung 24 Elternbefragung 2005: Relevanz der InDiPro-Elemente**



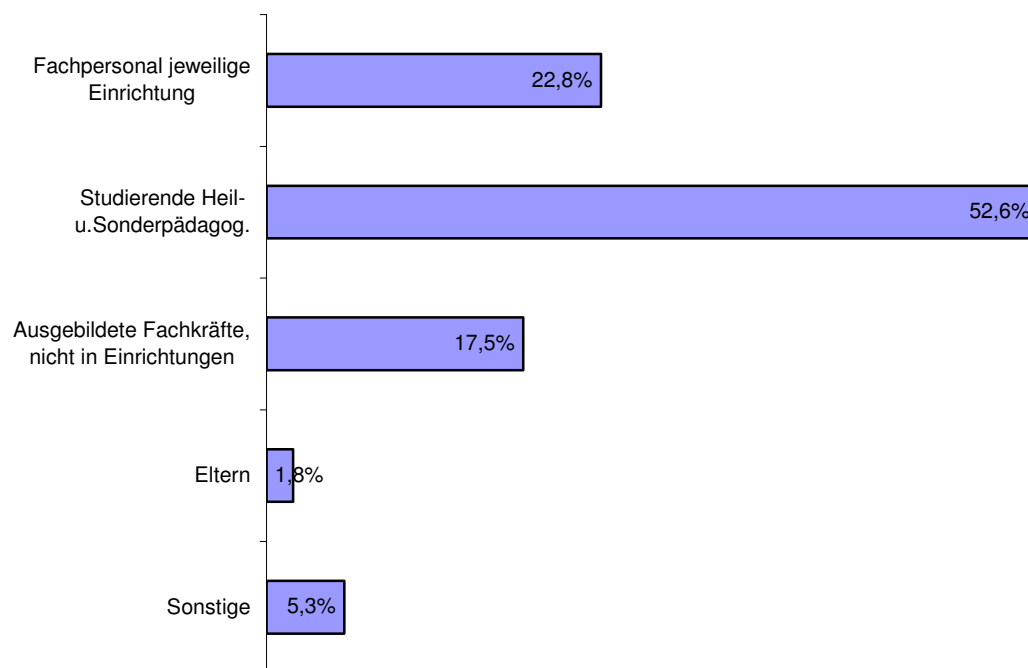
**Abbildung 25 Expertenbefragung 2005: Relevanz der InDiPro-Elemente**

43% der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer halten das Individuelle Programm für besonders wichtig, während 57% alle Bestandteile des InDiPro-Projekts für wichtig halten. Bei den Einrichtungen sieht der Befund etwas differenzierter aus. 11% geben an, dass ihnen die Diagnostik besonders wichtig ist, während 22,7% das Individuelle

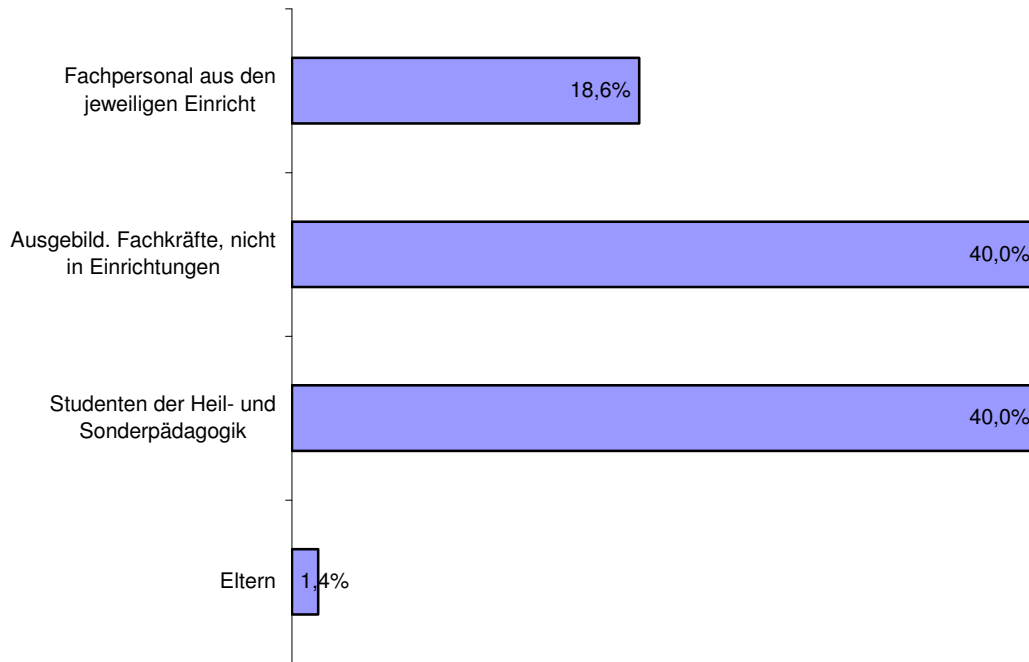


Programm für wichtiger halten. 65% der Einrichtungen halten allerdings beide Bestandteile von InDiPro für besonders wichtig.

Den Befragten wurde anschließend die Frage gestellt, wer in Zukunft Individuelle Programme durchführen sollte. Als Antwortmöglichkeiten wurden vorgegeben: Fachpersonal aus den Einrichtungen, Studierende der Heil- und Sonderpädagogik, externe ausgebildete Fachkräfte, Eltern, Sonstige. Mehrfachnennungen waren ausdrücklich erlaubt, so dass ein Befragter mehrere „Antwortkreuze“ machen konnte.



**Abbildung 26 Elternbefragung 2005: Durchführung des Individuellen Programms**

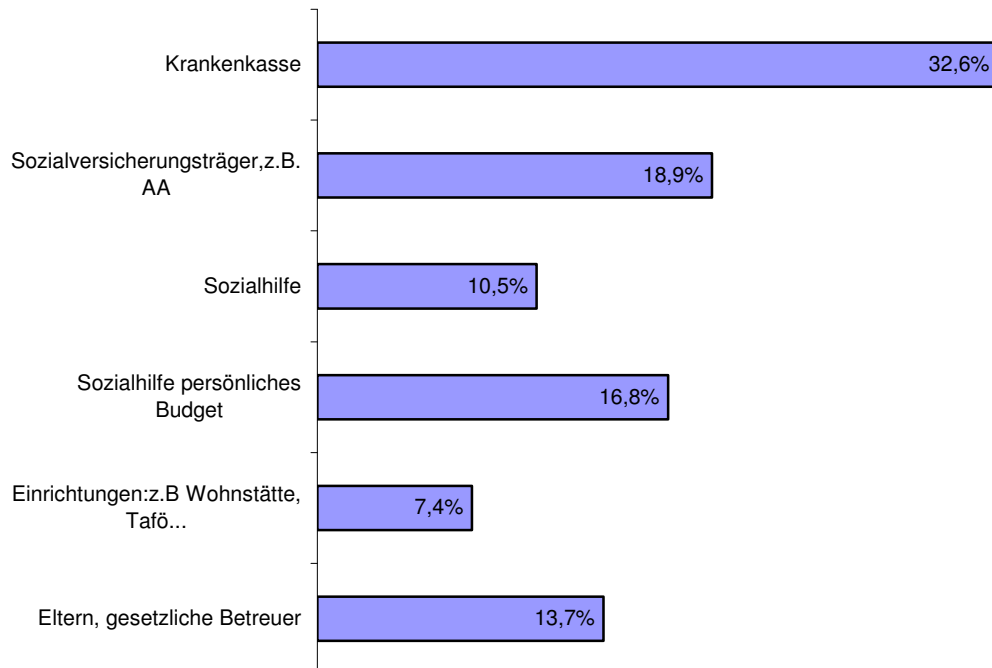


**Abbildung 27 Expertenbefragung 2005: Durchführung des Individuellen Programms**

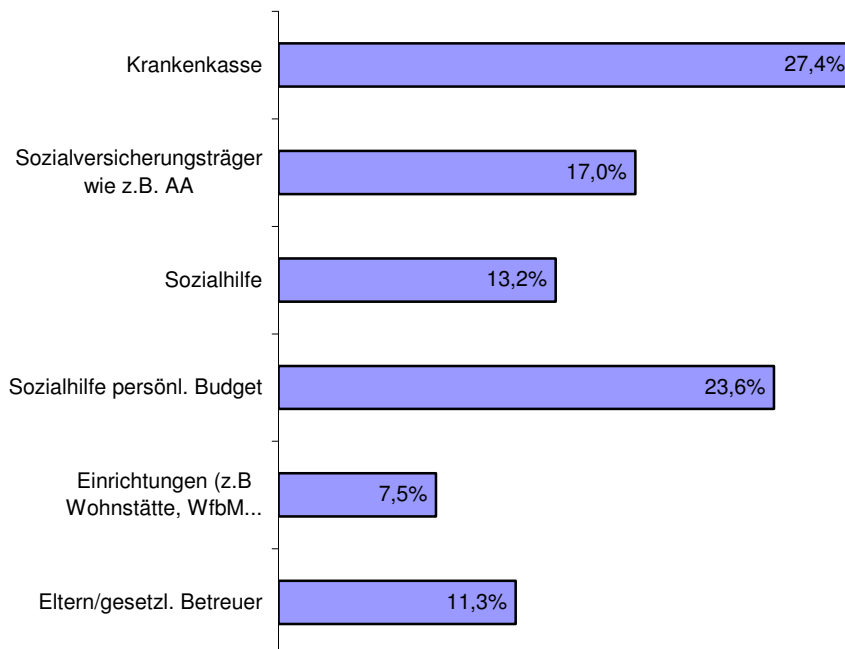
Die Abbildungen 26 und 27 zeigen, dass die meisten Nennungen bei den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern auf Studierende der Heil- und Sonderpädagogik fallen (52%), während ausgebildete Fachkräfte aus Einrichtungen oder externer Art mit 22,8% bzw. 17,5% nicht so häufig genannt werden. Die Eltern halten sich selbst kaum für geeignet für diese Aufgabe (1,8%). Von den Einrichtungen fallen 40% der Antworten auf Studierende der Heil- und Sonderpädagogik und 40% auf externe Fachkräfte, während 18,6% Individuelle Programme eher von einrichtungsinternen Mitarbeitern durchgeführt sehen will.

Anschließend haben wir gefragt, wie die interdisziplinäre Diagnostik in Zukunft finanziert werden sollte. Die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer nennen für die Diagnostik vor allem die Krankenkassen (32,6%) danach folgen die Sozialversicherungsträger mit 18,9% und ein persönliches Budget mit 16,8% der Nennungen. Eltern, Einrichtungen und die „normale“ Sozialhilfe werden hier kaum genannt. Sie liegen jeweils nur zwischen 14% und 7%. Wie unschwer zu sehen ist, gehen die Meinungen hier etwas auseinander. Ein ähnlich heterogenes Antwortmuster zeigen auch die Einrichtungen: 27% präferieren eine Finanzierung der Diagnostik durch die Krankenkassen. Interessant erscheint dabei, dass hier 23% der Nennungen auf die Finanzierung durch ein persönliches Budget fallen.

Sozialversicherungsträger und Sozialhilfe wurde weniger häufig genannt, gleiches gilt für Eltern und Einrichtungen.



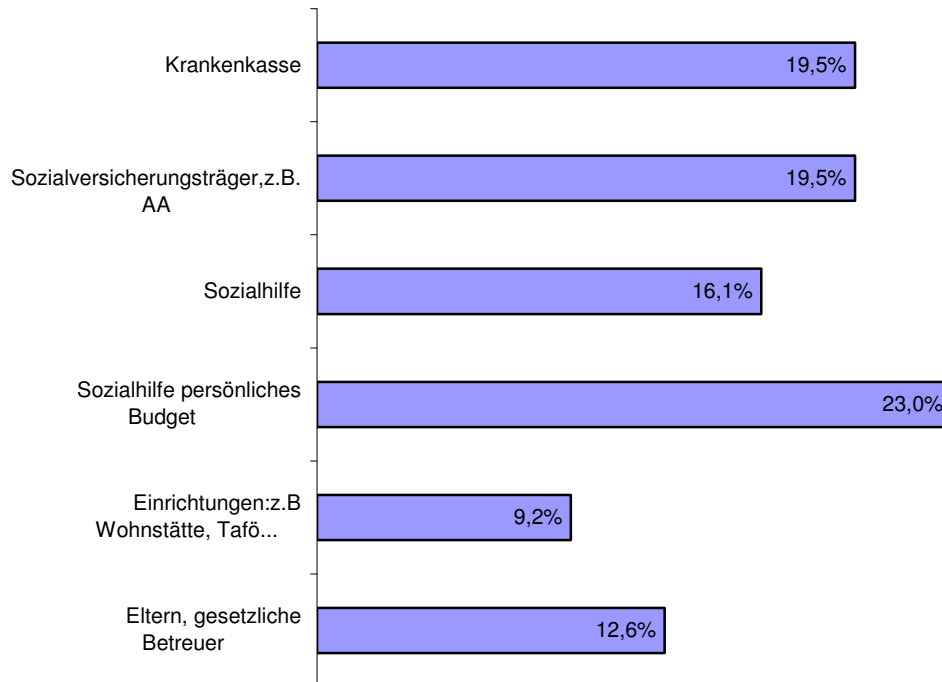
**Abbildung 28 Elternbefragung 2005: Finanzierung Diagnostik**



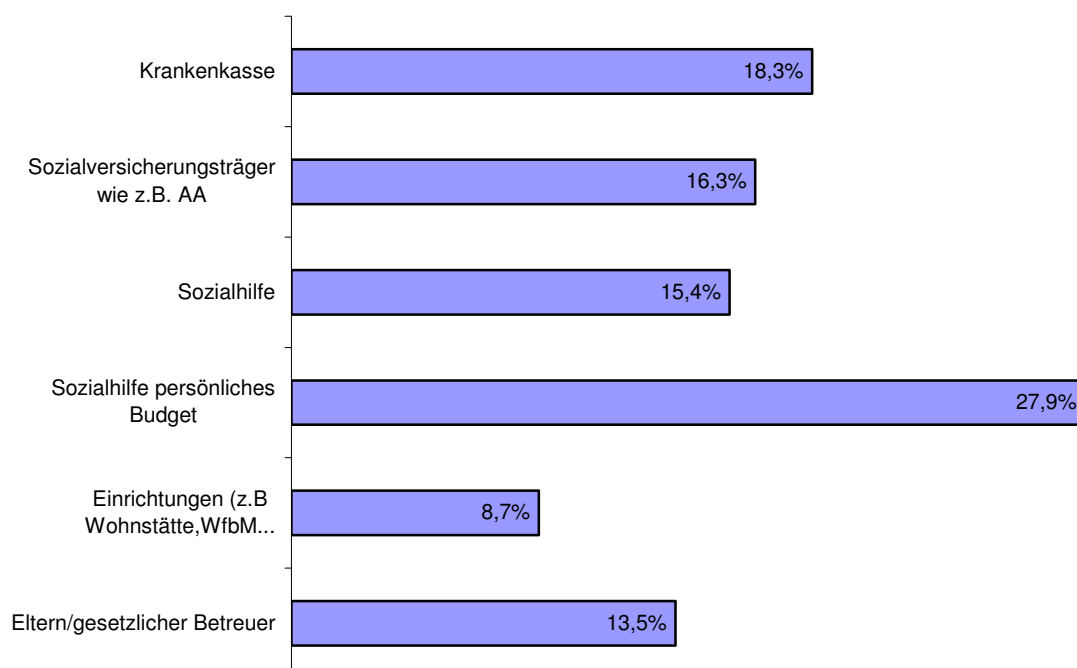
**Abbildung 29 Expertenbefragung 2005: Finanzierung Diagnostik**

Die gleiche Frage haben wir für die zukünftige Finanzierung der Angebote im Bereich der Individuellen Programme gestellt. Vorgegeben waren auch hier die

Antwortkategorien Krankenkasse, Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger, persönliches Budget, Einrichtungen, Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer.



**Abbildung 30 Elternbefragung 2005: Finanzierung Individuelles Programm**

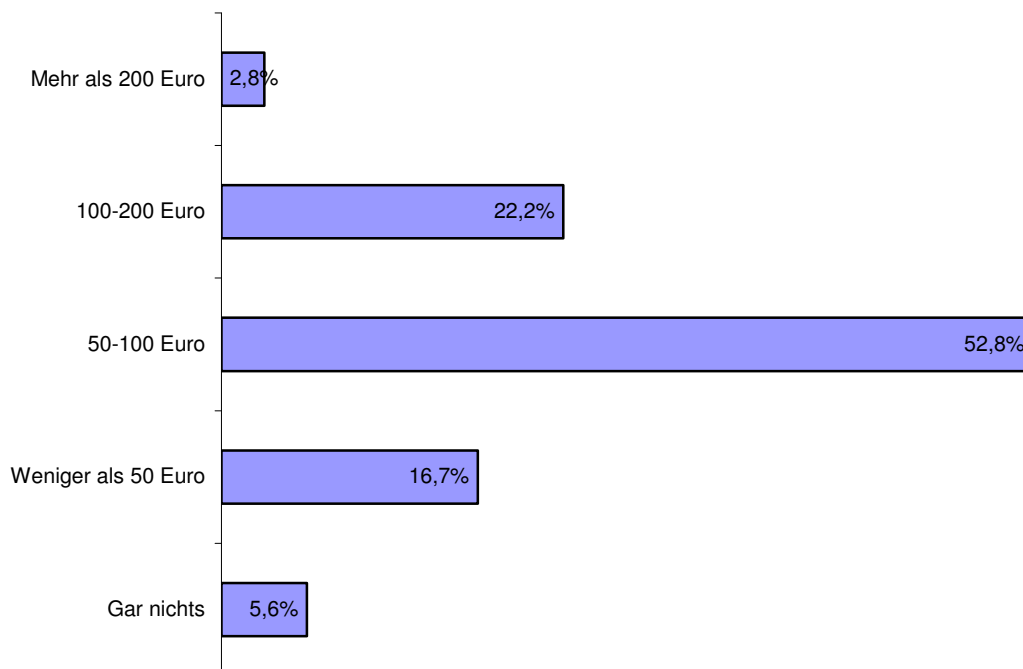


**Abbildung 31 Expertenbefragung 2005: Finanzierung Individuelles Programm**

Von den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern fallen die meisten Nennungen auf das persönliche Budget (23%), dicht gefolgt von den Krankenkassen (19,5%) und den Sozialversicherungsträgern (19,5%). Danach werden „normale“ Sozialhilfe mit 16%, Eltern mit 12% und Einrichtungen mit 9% genannt. Bei den Einrichtungen zeigt sich wieder ein ähnliches Antwortmuster: Die meisten Nennungen fallen mit Abstand auf das persönliche Budget (27,9%), während Krankenkassen, Sozialhilfeträger und Sozialversicherungsträger zwischen 18% und 15% rangieren. Eltern und Einrichtungen werden hier nur mit 13,5% und 8,7% genannt.

Die Ergebnisse verdeutlichen ein ziemlich heterogenes Meinungsbild in Bezug auf die wichtige Frage der zukünftigen Finanzierung solcher Angebote.

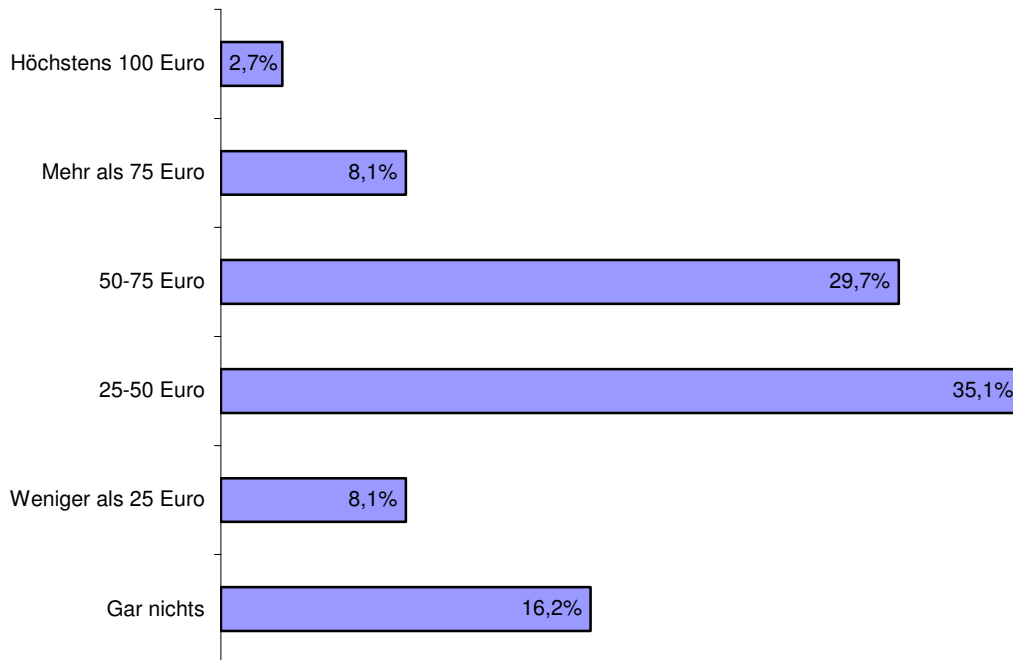
Die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer haben wir am Ende der Befragung noch danach gefragt, wie viel Geld sie bereit wären in eine interdisziplinäre Diagnose und ein Individuelles Programm zu investieren. Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 32-34 dargestellt.



**Abbildung 32 Elternbefragung 2005: Zahlungsbereitschaft für Diagnostik**

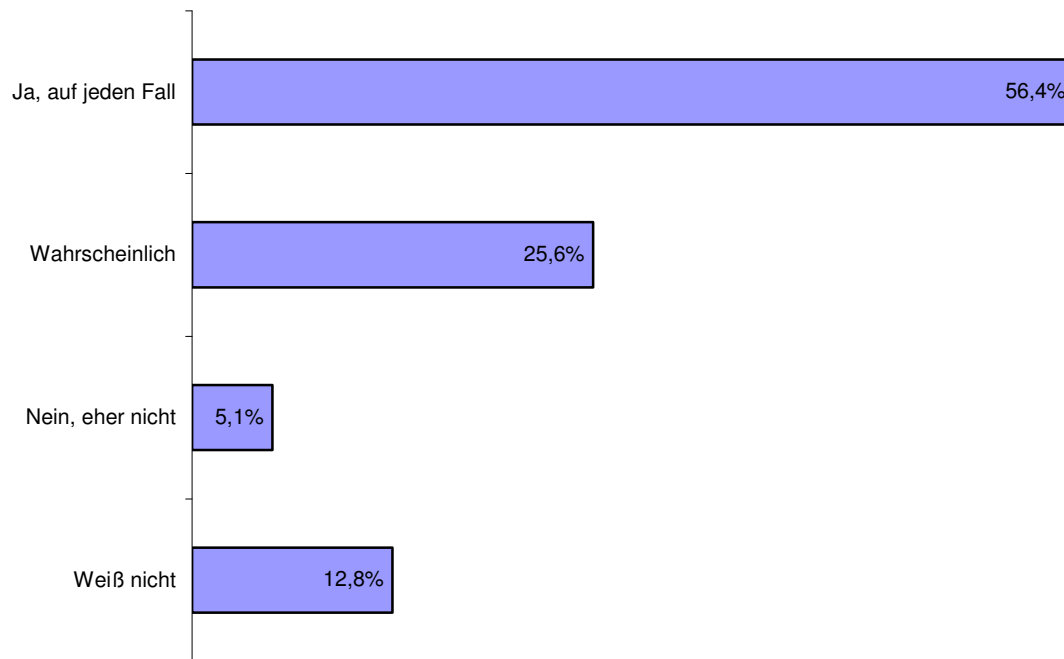
Die Mehrzahl der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer (52%) würde für die Diagnose einen einmaligen Betrag zwischen 50 und 100 € aufwenden. 22% wären bereit hierfür auch 100 bis 200 € selbst aufzuwenden. 16,7% würden weniger als 50 €

aufwenden wollen. Nur 5,6% der Befragten wären nicht bereit (oder in der Lage) überhaupt einen Betrag aus eigener Tasche dafür zu bezahlen



**Abbildung 33 Elternbefragung 2005: Zahlungsbereitschaft für Individuelles Programm**

Für ein Individuelles Programm würden 29,7% der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer im Monat regelmäßig 50 bis 75 € ausgeben, während 35% bereit wären hierfür 25 bis 50 € zu bezahlen. Nur 24% geben an, dass Sie weniger als 25 € oder gar nichts bezahlen könnten (würden). Dies bedeutet, dass 76% der hier Befragten bereit wären, 25 € und mehr im Monat für ein Individuelles Programm (dazu) zu bezahlen.



**Abbildung 34 Elternbefragung 2005: Finanzierung durch ein Persönliches Budget**

Unsere Letzte Frage lautete, ob die Befragten, gesetzt den Fall, dass sie ein persönliches Budget hätten, bereit wären, die interdisziplinäre Diagnose und das Individuelle Programm hieraus zu finanzieren. Hier antworten 56% der Befragten, dass sie die beiden Elemente auf jeden Fall hieraus finanzieren würden. 25% äußern, dass Sie es wahrscheinlich tun würden und nur 5,1% sagen, dass Sie das nicht tun würden.

Die Ergebnisse der drei letzten Fragen zeigen noch einmal deutlich, wie wichtig den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern die Inhalte des Projekts waren. Dass sie bereit sind hierfür Geld zu investieren ist ein weiteres Zeichen der hohen Akzeptanz des Projekts und seiner Zukunftsfähigkeit.

### **7.5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Befragungen von Eltern und Einrichtungen**

#### **Teilnahme am Projekt:**

*Ausschlaggebend für die Teilnahme am Projekt, war in den meisten Fällen die Erwartung der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer, aber auch der Einrichtungen, dass InDiPro die Wahrnehmung neuer Bildungs- und Diagnosemöglichkeiten sowie die Erhöhung der Selbstständigkeit ermöglichen kann. Die Befragten vertreten die Ansicht, dass alle Teile der interdisziplinären Diagnostik sehr wichtig sind, wobei vor allem der psychologische Teil und die Einbeziehung der Teilnehmerwünsche als besonders wichtige Bestandteile angesehen werden. Auch dem Individuellen Programm messen alle Befragten unisono einen sehr große Bedeutung bei. Sie werden vor allem in jenen Lebensbereichen für besonders wichtig erachtet, die Selbstständigkeit, Selbstfürsorge und Unabhängigkeit fördern.*

#### **Interdisziplinäre Diagnose:**

*Die Hälfte der befragten Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer haben Im Rahmen der Interdisziplinären Diagnose Neues über ihren Sohn bzw. ihre Tochter erfahren. Auch über ein Drittel der Einrichtungen hat angegeben, durch die Interdisziplinäre Diagnose neue Erkenntnisse über den Teilnehmer gewonnen zu haben. Die von InDiPro ausgesprochenen Empfehlungen werden vor allem von den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern positiv bewertet, sie werden für die persönliche Entwicklung von Sohn/Tochter als nützlich erachtet.*

#### **Individuelles Programm:**

*Bezüglich der Umsetzung der Individuellen Programme zeigen die Ergebnisse, dass sich die guten Bewertungen mit Fortschreiten der Programme und deren Dauer weiter verbesserten. Sowohl bei den die Eltern und gesetzlichen Betreuern als auch den Einrichtungen hat sich der hohe Anteil der Befragten, die das Individuelle Programm in 2004 schon für positiv umgesetzt hielten noch einmal deutlich erhöht, so dass in 2005 bereits 85% der Eltern und 87% der Einrichtungen das Individuelle Programm für positiv umgesetzt hielten. Alle Befragten haben im Verlauf des Projekts Entwicklungsfortschritte bei den Teilnehmern feststellen können, die sie direkt auf das Individuelle Programm zurückführen. Die Eltern bzw.*



*gesetzlichen Betreuer und Einrichtungen zeigen diesbezüglich ein ähnliches Antwortmuster. Große Entwicklungsfortschritte werden in Hinsicht auf das Ziel des Individuellen Programms und auf die persönliche Entwicklung gesehen. Insgesamt besteht bei fast allen der Wunsch, dass das individuelle Programm anstatt zwei Stunden in der Woche besser vier Stunden betragen sollte.*

**Probleme:**

*Die im Rahmen des Projekts genannten Schwierigkeiten lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Organisationsprobleme (Probleme mit Räumen und Zeiten), nicht ausreichende bzw. schwierige Kooperation bzw. Kommunikation zwischen allen am Projekt beteiligten Gruppen. Probleme aufgrund von Personalwechsel, sowie Probleme, die mit der Persönlichkeit und der Verfassung des Teilnehmers zusammenhängen. Anfangsschwierigkeiten sind dabei darauf zurückführen, dass InDiPro Projektcharakter hatte und die Diagnose und das Individuelle Programm erstmal in den bestehenden den Alltag der Teilnehmer, der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer und Einrichtungen integriert werden musste.*

**Zufriedenheit und Zukunft:**

*Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer äußern eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Projekt, was angesichts der hohen Erwartungen und manch aufgetretener Schwierigkeit als ein besonderer Erfolg zu werten ist. Auch die Einrichtungen zeigen trotz im Laufe des Projekts aufgetretener Probleme letztendlich eine hohe Zufriedenheit mit dessen Resultaten. Dieses Ergebnis wird dadurch verstärkt, dass fast alle befragten Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer sich flächendeckende Angebote Individueller Programme in Deutschland wünschen und nutzen möchten. Trotz der gelegentlichen Kritik, die bezüglich der Arbeit durch Studierende geäußert wurde, haben sich fast alle für die Durchführung der Individuellen Programme durch studentische Mitarbeiter ausgesprochen. Allerdings haben ein gleich großer Teil der befragten Einrichtungen geäußert, dass diese Arbeit zukünftig auch von Mitarbeitern der Einrichtungen getätigt werden sollte. Die meisten Eltern bzw. gesetzliche Betreuer würden sich sowohl an den Kosten für die Interdisziplinäre Diagnose als auch an denen für das Individuelle Programm beteiligen. Die Interdisziplinäre Diagnose und das Individuelle Programm würde eine deutliche Mehrheit der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer gesetzt den Fall, dass es zukünftig ermöglicht würde, aus einem persönlichen Budget finanzieren.*

## 7.6 Acht Fallstudien - „Blumenmodell“

Für die Einzelfallstudien wurden acht Teilnehmer ausgewählt und, wie in untenstehender Abbildung veranschaulicht, im Rahmen eines multiperspektivischen Ansatzes untersucht, der die unterschiedlichen Perspektiven der Zielgruppen veranschaulichen kann (vgl. Flick 1995). Dieses methodische Vorgehen haben wir in dieser Studie „Blumenmodell“ genannt, weil jede befragte Person hier eine Art Blütenblatt um den Teilnehmer darstellt. Im Rahmen der acht Einzelfallanalysen fanden dabei für jeden untersuchten Fall 3 bis 4 offene, teilstrukturierte Leitfadeninterviews statt, die wiederum anhand strukturierter Inhaltsanalyse (Mayring 1983) ausgewertet wurden. Insgesamt wurden 30 Interviews geführt. In sechs der acht Fälle konnte der Teilnehmer selber befragt werden. Ergänzt wurde die Position des Teilnehmers in allen acht Fällen durch Interviews mit den Eltern bzw. dem gesetzlichen Betreuer oder - sofern er im Wohnheim lebt – dem Bezugsbetreuer sowie dem studentischen Mitarbeiter, der das Individuelle Programm durchgeführt hat, und dem Gruppenleiter in der Werkstatt oder Tagesförderstätte, die der Teilnehmer besucht. Außerdem floss die Dokumentation in Form der von den studentischen Mitarbeitern erstellten Verlaufsprotokolle in die Auswertung mit ein.

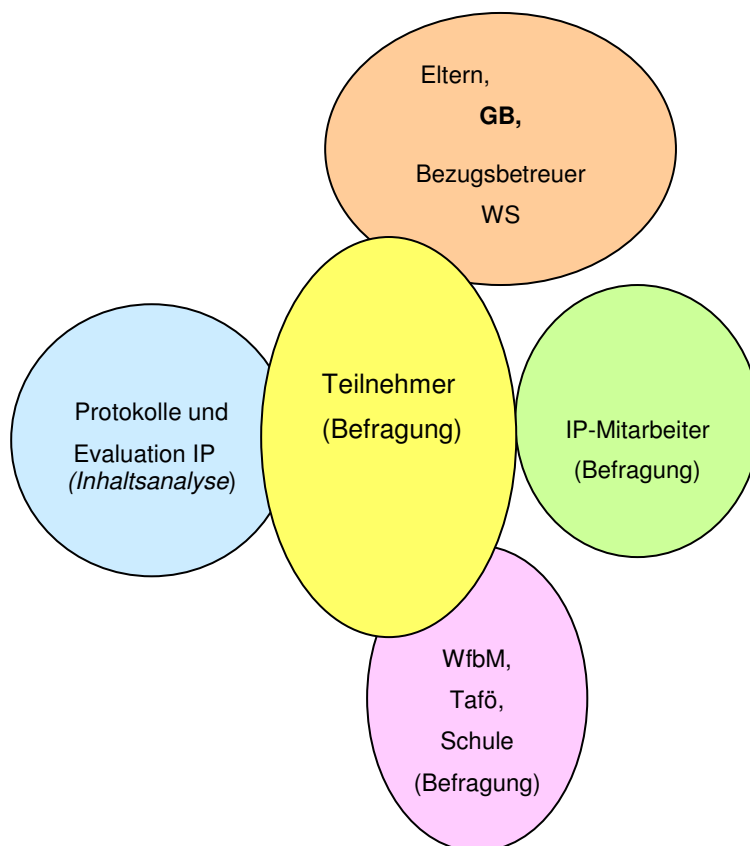


Abbildung 35 Multiperspektivischer Forschungsansatz „Blumenmodell“

Insgesamt wurden acht Teilnehmer für das „Blumenmodell“ entsprechend den Auswahlkriterien für die Teilnehmerbefragung ausgewählt. Vier der Teilnehmer galten zu Beginn des Projektes aufgrund ihrer Behinderung als „nicht befragbar“. Zwei Personen aus dieser Gruppe konnten aber dennoch mit Hilfe des Bezugsbetreuers interviewt werden, so dass mit sechs Teilnehmern Interviews geführt wurden.

Die einzelnen Befragungsgruppen setzen sich folgendermaßen zusammen:

Befragungsgruppe	Grundgesamtheit	
Teilnehmer	8	weiblich 4
		männlich 4
		befragbar 6
		nicht befragbar 2
Eltern	5	
Bezugsbetreuer, Wohnstätte	3	
IP-Mitarbeiter	7	
WfbM/Tafö	8	

**Tabelle 17 Befragungsgruppen**

Alle Befragten, die Teilnehmer selber, Eltern bzw. Gesetzliche Betreuer Bezugsbetreuer, studentische Mitarbeiter sowie Mitarbeiter in den Einrichtungen (WfbM/Tafö) wurden mit Fragen zu folgenden Themen konfrontiert:

- Ausgangslage
- ergriffene Maßnahmen
- beobachtbare Veränderungen
- Erhöhung der Selbständigkeit
- Verbesserung der Teilhabe an der Gesellschaft.

Im folgenden stellen wir nun die Ergebnisse unserer Einzelfallstudien in Form von „Entwicklungsgeschichten“ dar. Es handelt sich um Zusammenfassungen der Schilderung der Teilnehmer und der Personen ihres sozialen Umfelds. Die Namen der Teilnehmer wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen geändert.

### **7.6.1 Ergebnisse der Fallstudien**

#### **Agnes Emmerich**

Agnes Emmerich, 21 Jahre alt, hat das Down-Syndrom und lebt noch bei ihren Eltern. Sie hatte sich ein Handy gewünscht, um mit ihren Freunden telefonieren zu können. Da sie aber Probleme mit dem Bedienen der Tastatur hatte, war es ihr Wunsch, im Rahmen des Projektes telefonieren zu üben.

Von Oktober 2003 bis Mai 2005 fanden insgesamt 70 Treffen zwischen Agnes Emmerich und der studentischen Mitarbeiterin statt. Hinzu kamen drei Evaluationsgespräche. Zum größten Teil wurde das Individuelle Programm in der Werkstatt durchgeführt. Eine Ausnahme bildet die Kennenlernphase, die im Elternhaus von Agnes Emmerich statt fand.

Die Kernthemen des Individuelles Programm bilden:

- Schleife (an Schuhen) binden
- Einkaufen
- Verkehrssicherheit
- Telefonieren
- Umgang mit Geld

#### **Wie Agnes Emmerich die Entwicklung selbst beurteilt:**

Gestartet wurde mit dem Telefonieren. Agnes Emmerich erzählt: *„Am Anfang habe ich zum Üben einen Taschenrechner genommen, weil die Tasten da größer sind. Die konnte ich besser drücke.“* Mit der Studentin habe sie auch eine Telefonliste erstellt, um die Nummern bestimmten Personen zuordnen zu können. Ganz stolz berichtet sie, dass sie jetzt ihr Handy schon selbständig bedienen kann. Dennoch übt sie mit der Studentin weiter.

Zu Beginn des Projektes konnte sie nicht alleine einkaufen und bezahlen, wollte auf diesem Gebiet aber eine größere Selbständigkeit erlangen, sagt sie. Mit der Studentin übte sie im Rahmen des Individuellen Programms alles, was dazu gehört: Begonnen wurde mit dem Schreiben einer Einkaufsliste, was später durch ein altes Diktiergerät ersetzt wurde. Dann wurde – unter Einbeziehen eines Verkehrssicherheitstrainings (Verkehrsschilder, Straße überqueren) - der Weg zum Supermarkt eingeübt. *„Meistens sind wir von der Werkstatt aus gelaufen, aber manchmal sind wir auch von zuhause aus in die Stadt zum Einkaufen gefahren“*, berichtet Agnes Emmerich. *„Dann haben wir einen Stadtbummel gemacht und sind*

*Eis essen gegangen. Das hat mir am meisten Spaß gemacht*“, schildert sie begeistert die Unternehmungen mit der Studentin. Traurig fügt sie hinzu: *„Ich wünscht mir, dass meine gute, liebe Studentin immer kommt“*. Obwohl sie jetzt selbständig Einkaufszettel schreiben und alleine bezahlen kann, den Umgang mit ihrem Handy erlernt hat und ihre Schuhe selbständig zubinden kann, gibt es für Agnes Emmerich noch vieles, was sie gerne können möchte. Ohne länger nachzudenken, hat sie auch schon sofort ihren nächsten Wunsch parat: Knöpfe schließen, möchte sie lernen.

### **Wie die Eltern die Entwicklung beurteilen:**

Für ihre Mutter stand zu Beginn des Projektes der Wunsch im Vordergrund, dass ihre Tochter mehr mit Gleichaltrigen unternehmen sollte, denn bei allen Aktivitäten sei sie auf ihre Eltern angewiesen. Sie sei sehr unselbständig gewesen. Beim Einkaufen mit den Eltern z.B. habe sie sich eher passiv verhalten. *„Viel lieber wäre sie mit einer Freundin einkaufen gegangen“*, meint ihre Mutter. Dass die Studentin ihre Tochter wie eine Freundin begleitet hat, war ihrer Ansicht nach überaus hilfreich fürs Lernen und habe dadurch maßgeblich zum Erfolg beigetragen. Frau Emmerich empfindet ihre Tochter jetzt als erwachsener, was sicherlich auch mit der Beendigung der Schule und dem Eintritt in die Werkstatt zu tun hat. *„Zuhause ist sie selbständiger geworden, z.B. räumt sie selbständig Kleidung weg und braucht keine Aufforderung mehr dafür. Sie nimmt jetzt auch eher am Einkaufen teil und läuft nicht mehr passiv nebenher“*, sagt sie. *„Dennoch braucht sie immer jemanden, der dabei ist. Sie kann nicht, wie andere in ihrem Alter, alleine weggehen und so selbstverständlich das tun, was Gleichaltrige tun“*, fügt sie hinzu.

### **Wie die Studentin die Entwicklung beurteilt:**

Sehr ausführlich beschreibt die Studentin Agnes Emmerichs Entwicklung im Verlauf des Projektes zunächst in Bezug auf das Thema Telefonieren. Den Ablauf des Telefonierens kannte Agnes Emmerich zwar, hätte aber am Anfang die Tasten des Telefons aufgrund motorischer Probleme nicht drücken können. Dadurch, dass es ihr zudem Schwierigkeiten bereitete, die Namen zu erkennen und zuzuordnen, habe sie zudem Personen, die sie anrufen wollte, verwechselt. Deshalb wurde zunächst eine Adressliste erstellt. Dabei tauchte die Schwierigkeit auf, dass sie die Namen nicht lesen konnte. So wurden zusammen mit ihr Symbole erstellt und zugeordnet, um daraus ein Kartenspiel wie Memory anzufertigen. Die Symbole und Telefonnummern

wurden also auf spielerische Art und Weise eingeübt. Der motorischen Förderung dienten feinmotorische Spiele, wie Greifspiele. Zuerst übte Agnes Emmerich auf einem Taschenrechner mit großer Tastatur, die Zahlen einzugeben und später auf einem alten Handy. Die Tastatur wurde immer etwas kleiner bis hin zum modernen Handy. Zuerst seien Zahlenreihen und später der gesamte Telefonablauf geübt worden, so die Studentin. Dabei lag der Schwerpunkt auf der Eingabe der Ziffern sowie der richtigen Anwendung der Tasten (Annahme und Beendigungstasten). Zuletzt wurde der Umgang mit der Mailbox geübt. Dass es für die Arbeit im Rahmen des Individuellen Programms keine Standardrezepte gibt, hat die Studentin immer wieder erfahren. *„Man kann sich zuhause viel überlegen, das bringt dann nichts. Da muss man ganz individuell vorgehen“*, berichtet sie. *„Die Überlegung, was in der nächsten Stunde gemacht werden sollte, hat oft nicht funktioniert. Bald habe ich gemerkt, dass man flexibel sein muss und immer wieder neu auf die Teilnehmer eingehen muss, um immer wieder festzustellen, was sie mögen und was nicht. Dabei ist es wichtig, eine gewisse Konstanz zu wahren“*, fügt die Studentin hinzu.

Mittlerweile könne Agnes Emmerich selbständig telefonieren und gewinne zunehmend mehr Sicherheit im Umgang mit ihrem Handy.

Was das Einkaufen betrifft, so wusste Agnes Emmerich zu Beginn des Projektes schon recht viel, z.B. wie man sich einen Einkaufswagen holt. Auch hier wurde viel mit Symbolen gearbeitet, die für die Einkaufsliste erstellt wurden. Außerdem fanden Übungen zur Verkehrssicherheit statt, um den Weg zum Supermarkt sicher gehen zu können. Der Schwerpunkt lag auf dem Erstellen der Einkaufsliste sowie dem Umgang mit Geld. Wichtig für Agnes Emmerich war, zunächst einmal einen Überblick zu bekommen, was man für einen bestimmten Geldbetrag kaufen kann. *„Deshalb sind wir in ein Geschäft gegangen und haben geschaut, wie viel die Produkte kosten, um eine Liste erstellen zu können“*, erzählt die Studentin. Für das Bezahlen wurde in Form eines Einkaufsspiels eine Umrechnungstabelle erstellt. *„Das Rechnen fällt ihr noch schwer, aber sie hat Fortschritte gemacht und kann jetzt auch alleine bezahlen.“*, berichtet die Studentin weiter und freut sich über die positive Entwicklung bei Agnes Emmerich. *„Aber wichtig ist, dass kontinuierlich geübt wird“*, ergänzt sie.

Auch bezüglich der Teilhabe an der Gesellschaft, schildert die Studentin Veränderungen. Zwar sei sie auch vorher schon sehr offen gewesen und sei auf viele Menschen zugegangen, durch das Individuelle Programm sei sie aber noch

offener und selbstbewusster geworden. So habe sie z.B. im Laden keine Probleme damit, Personal anzusprechen, wenn sie etwas sucht.

### **Wie die Einrichtung die Entwicklung beurteilt:**

Auch die ehemalige Gruppenleiterin in der Werkstatt erlebt Agnes Emmerich nun als selbstbewusster, selbstsicherer und selbständiger. Das betrifft insbesondere Bereiche wie Verkehrssicherheit, Einkaufen und Unternehmungen. „*Sie traut sich auch mehr*“, erzählt sie. Zwar sind die Veränderungen langsam und nicht sofort offensichtlich; aber Agnes Emmerich sei auf das, was sie gelernt hat, sehr stolz und habe zumindest durch das Telefonieren mehr Teilhabe an den Aktivitäten Gleichaltriger. „*Es ist positiv, zu sehen, wie sie wächst*“, fügt sie hinzu.

### **Zusammenfassung**

Im Verlauf des Individuellen Programms zeigten sich deutliche Fortschritte in allen Bereichen. Agnes Emmerich wird sowohl von ihrer Mutter, der Studentin sowie der Gruppenleiterin in der Werkstatt als wesentlich selbständiger, selbstsicherer und selbstbewusster beschrieben. Auch ihre Fertigkeiten in Bezug auf Telefonieren, Einkaufen und Schuhe binden hat sie deutlich erweitert. Diese positiven Veränderungen nimmt Agnes Emmerich auch an sich selber wahr, was sie dazu motiviert, noch mehr zu lernen und sich mehr zuzutrauen. Für die Mutter steht nach wie vor der Wunsch nach einer „Freundin“, mit der ihre Tochter an den Aktivitäten Gleichaltriger teil hat, im Vordergrund. Denn ihrer Ansicht nach, hat die Tatsache, dass die Studentin ihre Tochter wie eine Freundin begleitet und ihre Funktion nicht nur auf die Vermittlung von Fertigkeiten beschränkt gesehen hat, in besonderem Maße zum Lernerfolg beigetragen.

### **Bärbel Groß**

Bärbel Groß, 24 Jahre alt, lebt noch im Haus Ihrer Eltern, wo auch die Treffen mit der Studentin stattfanden. Insgesamt gab es im Zeitraum zwischen März 2004 und Mai 2005 43 Termine für das Individuelle Programm sowie drei Evaluationsgespräche mit dem InDiPro-Team.

Da Bärbel Groß gerne im Haushalt hilft, hatte sie sich folgende Themen für das Individuelle Programm gewünscht:

- Wäsche waschen
- Bügeln
- Einkaufen
- Telefonieren
- Umgang mit Geld.

### **Wie Bärbel Groß die Entwicklung selbst beurteilt:**

Wie sie selber berichtet, habe ihr das Telefonieren aber keinen Spaß gemacht und deshalb habe sie es mit der Studentin nicht mehr geübt. Selbstbestimmung rückte statt dessen in den Vordergrund. Stolz berichtet Bärbel Groß, dass sie große Fortschritte beim Wäschewaschen gemacht habe. Sie habe gelernt, die Wäsche nach Farben zu sortieren (Koch- und Buntwäsche) und das entsprechende Programm zu starten. Vorher konnte sie auch zwar auch schon Wäsche waschen, es gelang ihr aber nicht die Wäsche zu sortieren. Inzwischen könne sie ohne Hilfe selbständig Wäsche waschen und bügeln. Wie Bärbel Groß weiter berichtet, habe sie auch den Umgang mit Geld sowie Einkaufen geübt. „*Ich bezahle ganz allein*“, erzählt sie stolz.

### **Wie die Eltern die Entwicklung beurteilen:**

Nach Auskunft ihrer Eltern war ihre Tochter immer sehr zurückhaltend und passiv gewesen. Am Einkauf z.B. habe sie sich nicht aktiv beteiligt, sondern sie sei immer nur passiv nebenher gelaufen. Durch die praktischen Übungen im Rahmen des Individuellen Programms sei sie wesentlich selbständiger geworden. Sie arbeite jetzt auch eher zuhause mit. Mittlerweile könne sie selbständig Wäsche waschen, bügeln und den Tisch decken. Sie sei auch selbständiger beim Einkaufen geworden, ginge selbständig zur Kasse und bezahle alleine. Was den Umgang mit Geld betrifft, so hat sie mehr Routine bekommen, sagen die Eltern. Dadurch kann sie einen bestimmten Betrag schneller aus den Münzen zusammenlegen. Telefonieren könne sie nun inzwischen auch, obwohl sie es nicht besonders möge. Die Eltern betonen, dass Bärbel Groß auch offener geworden sei, insbesondere im Bekanntenkreis. „Nur Fremden gegenüber ist sie noch vorsichtig, was aber auch gut so ist. Seit einiger Zeit hat sie auch einen Freund“, erzählt ihr Vater.



### **Wie die Studentin die Entwicklung beurteilt:**

Die Studentin berichtet, dass Bärbel Groß am Anfang des Projekts in Bezug auf den Umgang mit Geld einen eher hilflosen Eindruck erweckte. An der Kasse habe sie immer das ganze Portemonnaie ausgeschüttet, um zu bezahlen. Zwar habe sie Geldmünzen gekannt, konnte sie aber in der Praxis nicht einsetzen. Wie die Studentin weiter berichtet, gehe Bärbel Groß nicht gerne mit Geld um und habe auch wenig Bedürfnisse, für die sie Geld ausgeben könne. *„Zunächst habe ich mit ihr einen Zahlenstrahl erstellt, um ihr zu zeigen, was weniger und was mehr ist. Dann haben wir zusammen eine Liste mit Preisangaben von Lebensmitteln erstellt. Darauf folgten praktische Übungen mit Geld sowie die Erledigung von Bankgeschäften, wie Kontoauszüge holen und lesen“*, schildert die Studentin ihr methodisches Vorgehen. Da Bärbel Groß zuvor die Wäsche eher unsystematisch und ohne Anleitung gewaschen hat, wurden gemeinsam die einzelnen Schritte des Waschprozesses aufgeschrieben und geübt. Dazu gehörte auch das Sortieren nach Farben und Zuordnen der Programme. Am Telefonieren habe Bärbel Groß kein Interesse gehabt, so berichtet ihre studentische Betreuerin. Sie konnte zwar Zahlen lesen, auf das Telefon übertragen und sich verständlich machen, war aber am Telefon gehemmt und wirkte unmotiviert. *„Ich habe es deshalb manchmal unbemerkt geübt, z.B. wenn es um Terminabsprachen ging haben wir zusammen telefoniert.“*, erzählt die Studentin. Auf diese Art und Weise habe Bärbel Groß dann ganz praktisch Telefonieren erlernt und es schließlich in den Alltag integriert. Auch alle haushaltspraktischen Tätigkeiten könne sie jetzt gut und selbständig verrichten. Besonders wichtig, so die Studentin, sei die Förderung des Selbstbewusstseins, Durchsetzungsvermögens und der Entscheidungsfähigkeit, da Bärbel Groß sich häufig der Meinung ihrer Eltern anpasse und auch wenig Möglichkeiten habe, alleine etwas zu unternehmen. Kleine Veränderungen seien allerdings auch hier schon erkennbar. *„Sie sagt jetzt öfter mal, was sie möchte und was nicht, und genießt es, etwas alleine zu unternehmen solange es nicht zu anstrengend für sie ist. Sie freut sich, wenn sie Bekannte trifft und redet dann ganz viel“*, erzählt die Studentin.

### **Wie die Einrichtung die Entwicklung beurteilt:**

Auch in der Werkstatt wurde Bärbel Groß zu Beginn des Projektes als sehr zurückhaltend erlebt. *„Man hat sie gar nicht wahrgenommen“*, erzählt die Gruppenleiterin. Auffällig sei auch gewesen, dass sie im Vergleich zu anderen

Mitarbeitern nie Geld dabei gehabt hätte. Da das Individuelle Programm Zuhause durchgeführt wurde, sei die Werkstatt über Inhalte, Maßnahmen und Schwierigkeiten nur wenig informiert gewesen. Dennoch sind durchaus Veränderungen zu erkennen. Positiv findet die Gruppenleiterin, dass Bärbel Groß jetzt viel aufgeschlossener ist als vorher und nicht mehr so große Stimmungsschwankungen habe.

### **Zusammenfassung**

Bei Bärbel Groß haben sich zwei positive Entwicklungen abgezeichnet: Zu einen konnten größere Fortschritte bezüglich der angestrebten Ziele festgestellt werden, zum anderen konnte ihr soziales Umfeld deutliche positive Veränderungen in Hinsicht auf Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung erkennen.

### **Constantin Droß**

Constantin Droß, 25 Jahre alt, lebt in einer Wohnstätte. Da er ein sehr enges Verhältnis zu seinen Großeltern hat und ihnen gerne einen Brief schreiben würde, hatte er sich folgende Themen des Individuellen Programms ausgewählt:

- Schriftspracherwerb
- Lesen

Das Individuelle Programm wurde von Februar 2004 bis Mai 2005 durchgeführt. Insgesamt fanden 32 Treffen statt, anfangs in der Werkstatt, die Constantin Droß besucht, danach kontinuierlich in seiner Wohnstätte.

### **Wie Constantin Droß die Entwicklung selbst beurteilt:**

Constantin Droß berichtet von sich, er verliere schnell an Ausdauer, insbesondere beim Lesen langer Absätze. „Das gefällt mir nicht so gut. Am liebsten übe ich Schreiben zusammen mit der Studentin“, fügt er hinzu. Lesen und Schreiben wurde, da Constantin Droß gerne kocht, zunächst im Kontext praktischer Anwendungen, wie z.B. beim Kochen oder Einkaufen, geübt.

„Manchmal koche ich auch für die Bewohner. Vorher kaufe ich gemeinsam mit der Studentin die Zutaten ein. Eine Zutatenliste mit Bildern fertige ich zuvor selber an.“ *Constantin Droß gibt an, er könne jetzt mehr selbständig erledigen; dennoch ist er unzufrieden mit seiner Leistungsfähigkeit und Ausdauer. Gerne würde er längere Texte, z.B. die Zeitung lesen können, und es falle ihm schwer zu akzeptieren, dass er dazu sehr viel Zeit und Ausdauer benötigt.*

Was die Teilhabe an Gesellschaft betrifft, so habe sich aus seiner Sicht nichts verändert. Da er Mitglied einer Jugendgruppe ist, habe er schon immer viele Kontakte gehabt, berichtet Constantin Droß.

### **Wie die Betreuerin in der Wohnstätte die Entwicklung beurteilt:**

Seine Bezugsbetreuerin in der Wohnstätte schildert die Ausgangssituation so: *„Constantin Droß verfügt über ein gewisses Potenzial, was aber seit Beendigung der Schule verschüttet worden ist. Hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit unterschätzt er sich“*, meint sie. *„Erschwerend kommt hinzu, dass er nur eine begrenzte Zeit lang aufnahme- und konzentrationsfähig ist, dann stagniert es und es geht nichts mehr, und dann ist es auch mit der geistigen Fähigkeit zuende“*. Damit das Erworbene nicht wieder in den Hintergrund rückt und nicht verloren geht, üben die Betreuer oft mit ihm unabhängig vom Individuellen Programm. Positiv finden sie, dass das Potenzial, das früher schon mal da, aber nicht greifbar war, durch das Projekt wieder geweckt wurde. Die Themen des Individuellen Programms findet die Bezugsbetreuerin zum Teil etwas „zu theoretisch“. Noch mehr praktischen Bezug würde sie für wichtiger halten. *„Er verliert sonst sehr schnell die Lust. Der Realitätsbezug ist deshalb so wichtig, um das Gelernte im praktischen Zusammenhang zu festigen“*, erklärt sie weiter. Was die Entwicklung der Selbständigkeit betrifft, so versuche Constantin Droß oft, selbständig eine geübte Tätigkeit auszuführen. Er brauche aber immer die Bestätigung durch seine Betreuerin bzw. die Studentin. *„Ganz alleine schafft er das Einkaufen noch nicht – allenfalls mit seinem Bruder.“* sagt seine Betreuerin. Wie Constantin Droß selber, berichtet auch sie, er sei ein kontaktfreudiger Mensch und habe durch seine persönlichen Kontakte schon zuvor ein relativ hohes Maß an gesellschaftlicher Teilhabe gehabt. Deshalb seien bezüglich der Teilhabe an der Gesellschaft keine Veränderungen sichtbar.

### **Wie die Studentin die Entwicklung beurteilt:**

Ähnlich wie die Bezugsbetreuerin im Wohnheim, schildert auch die Studentin Ausgangslage und Entwicklung von Constantin Droß. *„Am Anfang war er nicht mehr sicher mit den Buchstaben des Alphabets und im Erkennen einzelner Buchstaben. Das musste erst alles neu erarbeitet und hervorgeholt werden. Nach und nach konnte er sich daran erinnern, dass er das schon mal alles erlernt hatte“*, berichtet sie. Zuerst musste also herausgefunden werden, welche Buchstaben er noch kennt,

welche er zuordnen kann und in welchen Wörtern sie vorkommen. Hier wurde mit einer Buchstabentafel gearbeitet und getestet, welche Buchstaben er schon kennt. In diesem Zusammenhang ist deutlich geworden, dass Constantin Droß einen sehr hohen Grad an Wiedererkennung von Wörtern hat und diese stark mit dem Inhalt verbindet. Bei einer Mehlpackung zum Beispiel weiß er, was es ist, ohne das Wort „Mehl“ lesen zu können. Schwierig sei deshalb gewesen, für ihn eine passende Herangehensweise an das Thema Lesen zu finden.

*„Deswegen wurde zweigleisig gearbeitet: zum einen wurde die Erkennung von einfachen Wörtern, wie z.B. „Milch“ oder „Brot“, als ganzes Wort trainiert – das war besonders wichtig für den Einkaufszettel – zum anderen wurde aber auch gemeinsam mit Constantin Droß die Silbenstruktur erarbeitet. Um das Ganze weniger theoretisch zu gestalten, wurden zu diesem Thema auch Memoryspiele angefertigt“,* erklärt die Studentin ihre Vorgehensweise. Die Studentin ist der Meinung, dass seine Behinderung ihm enge Grenzen beim Lesen setzt: *„Deshalb wird Lesen und Schreiben in anderen Zusammenhängen geübt, z.B. beim Kochen. Es werden Rezepte herausgesucht und Einkaufszettel geschrieben. Langsam bekommt er Routine. Das gibt ihm mehr Sicherheit und Selbständigkeit. Einfache Gerichte mit nicht zu vielen einzelnen Arbeitsschritten kann er kochen“,* berichtet die Studentin.

Aus ihrer Sicht sind bei Constantin Droß deutliche Veränderungen erkennbar. *„Er hat in der Zeit Riesensprünge gemacht, die nicht immer kontinuierlich waren; aber die Fortschritte waren deutlich merkbar und er hat es auch selber mitgekriegt, was ihn natürlich noch mehr angespornt hat, weil er gemerkt hat, durch diese kontinuierliche Arbeit passiert einfach was“,* erzählt sie.

### **Wie der Gruppenleiter in der WfbM die Entwicklung sieht:**

Dass Constantin Droß selbständiger geworden ist, berichtet auch der Gruppenleiter der Werkstatt. *„Er schreibt selbständig Plakate für die Werkstatt“,* fügt er hinzu. Er selbst sei über die Inhalte des Individuellen Programms nicht informiert gewesen, weil das Individuelle Programm in das Wohnheim verlagert wurde. In diesem Zusammenhang regt er einen besseren Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten an.

## **Zusammenfassung**

*Mit Hilfe des Individuellen Programms konnten bei Constantin Droß „verschüttete“ Fähigkeiten und Fertigkeiten wieder aufgefrischt werden. Die Wiederentdeckung seiner Schreibvermögens und der Einsatz dieser Fähigkeit im Arbeitsalltag hat sein bis dato nicht sehr ausgeprägtes Selbstbewusstsein sehr gestärkt.*

## **Dorian Krause**

Dorian Krause, 21 Jahre alt, wohnt noch bei seinen Eltern. Tagsüber besucht er eine Werkstatt. Aufgrund seiner Behinderung mit autistischen Zügen war er selber nicht befragbar. Auch konnte er Wünsche für das Individuelle Programm nach Aussagen des InDiPro-Teams nicht selber äußern. Um diese Fähigkeit zu entwickeln, wurden die folgenden Themen für ihn von InDiPro ausgewählt.

- Selbstbestimmung
- Kommunikation

Das Individuelle Programm fand von Juni 2004 bis Mai 2005 meistens in der Werkstatt statt. Von den insgesamt 27 Treffen gab es lediglich drei zuhause im Beisein seiner Eltern.

Wie aus der Dokumentation der Stundenprotokolle hervor geht, spricht Dorian Krause zu Beginn des Projektes nur einzelne Wörter, ist aber nicht in der Lage diese Wörter gezielt zur Kommunikation einzusetzen. Außerdem wird anfangs deutlich, dass er durch sein Umfeld wenig Möglichkeiten hat, seiner Selbstbestimmung Wirkung zu verleihen, denn die Rahmenbedingungen lassen keinen Freiraum für mögliche Entscheidungen.

## **Wie die Eltern die Entwicklung beurteilen:**

Die Eltern haben ihren Sohn zuhause als sehr unselbständig erlebt. Jeder Wunsch würde ihm von den Augen abgelesen, ohne dass er etwas sagen muss. „*Das gilt auch für Aufgaben, die er alleine erledigen kann*“, erzählt sein Vater.

Am Ende des Projektes seien insbesondere bei der Hygiene und Selbstfürsorge (Zähneputzen, Waschen etc.) deutliche Veränderungen zu erkennen. Wie sein Vater berichtet, könne Dorian Krause jetzt in der Werkstatt selbständig Getränke mit Getränkemarken besorgen, was er vorher, selbst wenn er sehr durstig war, nicht getan habe. Was die Teilhabe an der Gesellschaft betrifft, hat sich nach Ansicht der

Eltern nichts verändert. Sie führen das auf seine autistische Störung zurück. *„Ihm ist in der Gruppe langweilig; er ist schwer motivierbar für gemeinsame Aktionen“.*

### **Wie die Studentin die Entwicklung beurteilt:**

Ähnlich beschreibt die Studentin Dorian Krauses Verhalten zu Beginn des Projektes: *„Am Anfang war er sehr scheu, saß nur in einer Ecke und hat von sich aus keine Bedürfnisse geäußert.“* Erfolg hat sie sich durch die Arbeit mit Bildkarten versprochen, die zur Förderung selbstbestimmten Verhaltens dienten. Dabei wurden ihm verschiedene Bildkarten zur Auswahl vorgelegt, die Orte zeigten, die er kennt. Er habe dann entschieden, wo er gerne hingehen möchte, indem er auf die entsprechende Karte gezeigt habe. Zum anderen haben sich die Bildkarten gut dafür geeignet, bestimmte Handlungsabläufe einzuüben. Ihr Vorgehen bei der Durchführung des Individuellen Programms im häuslichen Umfeld beschreibt die Studentin folgendermaßen: *„Zunächst wurde das Vorgehen den Eltern erklärt und dann die Bildkarten zuhause an verschiedenen Stellen angebracht, z.B. die Bildkarten für Handlungsabläufe im Bad an der Badezimmertür, am Waschbecken oder am Spiegel.“* Einige Dinge seien Dorian Krause zuhause auch weiterhin abgenommen bekommen. Sie hält deshalb eine gute Zusammenarbeit mit allen beteiligten Personen und Einrichtungen für unbedingt notwendig, um selbstständiges Verhalten zu erproben.

Mittlerweile könne Dorian Krause selbst bestimmen, was er tun möchte, indem er auf eine Bildkarte zeigt. Wenn er etwas trinken möchte, könne er sich in der Werkstatt selbständig Getränkemarken holen, berichtet auch die Studentin. Neben der Arbeit mit Bildkarten hält die Studentin sportliche Betätigung, z.B. Ballspiele, als Mittel zur Kommunikationsförderung bei Menschen mit autistischen Störungen für geeignet. Da sie verbal nicht kommunizieren können, falle es ihnen eventuell auf der Bewegungsebene leichter. Der Bewegungsaspekt sei besonders für den Kontakt mit Gleichaltrigen oder Kollegen in der Werkstatt von Bedeutung und habe auch schon zur Verbesserung der Kontaktaufnahme in der Werkstattgruppe geführt: *„Wenn er am Kicker mitspielen möchte, deutet er das an, indem er die Kicker-Stange anfasst. Er hockt also nicht mehr nur in der Ecke, sondern traut sich, zu den Leuten zu gehen. Auch wenn er das nicht verbal äußern kann, was er möchte, ist er dadurch doch etwas mehr in die Werkstattgruppe integriert.“*, berichtet die Studentin erfreut über die positiven Veränderungen. *„Aber wenn jetzt, wo das Projekt zuende geht,*

nicht alle Beteiligten in seinem Sinne zusammenarbeiten, werden diese kleinen Erfolge bald hinfällig sein“, fügt sie hinzu.

### **Wie die Einrichtung die Entwicklung beurteilt:**

Einen besseren Austausch zwischen allen Beteiligten wünscht sich auch die Leiterin der Werkstattgruppe. Obwohl sie über das Individuelle Programm nicht genau informiert ist, kann sie nach eigenen Aussagen doch deutliche Veränderungen beobachten. Dorian Krause sei wesentlich offener geworden, nehme auch von sich aus Kontakt zu Mitarbeitern auf, z.B. indem er sich an den Kicker stellt. Er könne sich jetzt manchmal deutlicher ausdrücken und antworte auch inzwischen deutlicher. „Was die Motivation beim Arbeiten angeht, hat sich einiges getan. Da merkt man doch, dass da noch mehr drin steckt bei ihm. Er hat Lust zum Arbeiten und bringt mehr zustande. Er freut sich, wenn die Studentin kommt. Außerdem ist er selbständiger geworden. Er braucht zwar immer noch einen Anstoß, gibt aber auch eher zu verstehen, wenn er etwas will. Er holt sich selber Getränke, was er vorher nicht gemacht hat. Früher hat er gewartet bis ihn jemand gefragt hat, ob er Durst hat und ihm etwas gebracht hat. Das wirkt letztendlich auch entlastend auf die Betreuer“, berichtet seine Gruppenleiterin.

### **Zusammenfassung**

Bei Dorian Krause konnte durch einüben des „Bilderlesens“ und durch die Teilnahme an Sportveranstaltungen mehr Selbständigkeit in Hinblick auf das Erkennen und Kommunizieren seiner Bedürfnisse erzielt werden, was ihm vor allem in seinem Arbeitsalltag und in Gruppensituationen autonomer und kommunikationsfähiger gemacht hat. Darüber hinaus hat das Individuelle Programm dazu beigetragen, dass er vor allem auch für sportliche Aktivitäten leichter zu motivieren ist.

### **Kerstin Röder**

Kerstin Röder, zum Befragungszeitpunkt 32 Jahre alt, und leidet an einer Tetraspastik. Aufgrund ihrer Behinderung ist sie auf den Rollstuhl angewiesen. Da für sie die Verbesserung ihrer Kommunikationsfähigkeit ein großer Wunsch war, wählte sie die Themen „Kommunikation“, „Selbstbestimmung“ sowie „Umgang mit dem Talker“ für das Individuelle Programm aus.

Die Treffen zwischen Kerstin Röder und der studentischen Mitarbeiterin fanden zwischen Juli 2004 und Mai 2005 vorrangig in der Tagesförderstätte statt. Insgesamt kam es zu 32 Treffen und einem Evaluationsgespräch. Kernthema des Programms war die Erweiterung von Kommunikationsmöglichkeiten für Kerstin Röder.

- Verbalsprache (logopädische Übungen),
- Schriftsprache (Briefe am PC schreiben mit Kopfstab auf Standard-Tastatur),
- Nutzung eines Delta-Talkers (elektronische Kommunikationshilfe).

Zusammen mit drei weiteren Teilnehmern gehörte Kerstin Röder zu den nonverbalen Teilnehmern, die als nicht-befragbar galten. Mit Unterstützung ihres Betreuers in der Tagesförderstätte gelang dennoch ein kurzes Gespräch. Die Fragen wurden so formuliert, dass Kerstin Röder weitgehend nur mit „ja“ oder „nein“ antworten brauchte. Die Frage nach Veränderungen bejaht sie spontan und teilt mit, dass sie selbständig am PC Briefe schreibe und oft Kontakt aufnehme.

### **Wie die Eltern die Entwicklung beurteilen:**

Wie ihre Mutter berichtet, war Kerstin Röder schon vor Teilnahme am Projekt sehr selbständig. *„Sie durfte nur in der Tagesförderstätte nicht so selbständig sein, da die Mitarbeiter die Verantwortung für sie hatten und ihr deshalb nicht erlaubten, sich weiter weg zu bewegen“*, schildert die Mutter die Situation ihrer Tochter in der Tagesförderstätte und äußert in diesem Zusammenhang den Wunsch, dass ihre Tochter *„adäquat gefördert und nicht als geistig behindert eingestuft wird“*, was sie ihrer Ansicht nach nicht ist. Das, was die Studentin mit ihrer Tochter übt, habe Frau Röder nur einmal am Rande von der Gruppenleiterin in der Tagesförderstätte und nicht von der Studentin selber erfahren, berichtet sie. Die Übungen der Studentin könne sie oft nicht nachvollziehen, erzählt sie weiter. So habe diese am Anfang mit ihrer Tochter den Umgang mit Geld (Spielgeld von der Bank) eingeübt, was Probleme für sie bereitet habe. Skeptisch bewertet die Mutter deshalb auch das methodische Vorgehen: *„Sie ist am Anfang in den Supermarkt gegangen und hat ihr erklärt, was das kostet. Sie kann das Geld ja überhaupt nicht anfassen. Wie soll sie denn da einen Überblick bekommen? Das kann sie doch gar nicht haben, wird sie nie haben, wenn sie das Geld nicht in die Hand nehmen kann“*. Dennoch sind auch aus Frau Röders Sicht Veränderungen erkennbar. Ihre Tochter spreche mittlerweile ganze Sätze, erzählt sie, führt diesen Fortschritt jedoch nicht nur auf das Individuelle Programm, sondern auch auf Logopädie sowie die Förderung in der



Tagesförderstätte zurück. Was die Selbständigkeit betrifft, so habe sich aus Sicht der Mutter nichts verändert. Ihre Tochter habe auch schon vor Beginn des Projektes selbständig Briefe am PC geschrieben.

Hinsichtlich der Teilhabe an der Gesellschaft beschreibt Frau Röder ihre Tochter als „sehr kontaktfreudig“. *„Sie lacht gerne; sie fährt zwei Stunden täglich durchs Dorf und spricht Leute an, obwohl sie sich verbal kaum äußern kann“*, erzählt sie. Wie die Studentin berichtet, habe die Mutter von Kerstin Röder den Umgang mit dem Talker als Thema des Individuellen Programms vorgeschlagen. Als ihre Tochter im Internat war, habe sie damit gearbeitet, danach nicht mehr. Wunsch der Mutter war deshalb, dass ihre Tochter wieder Hilfe mit dem Talker bekommt. Sie habe deshalb die Bitte an die Studentin gerichtet, sich damit auseinander zu setzen.

### **Wie die Studentin die Entwicklung beurteilt:**

Im Internat habe Kerstin Röder vorrangig via Talker kommuniziert. Danach sei die Arbeit mit dem Gerät abgebrochen worden, weil sie keinerlei Unterstützung mehr gehabt habe. Daraufhin habe sie sich völlig zurück gezogen, berichtet die Studentin weiter. Wenn sie in der Tagesförderstätte in die Gruppe kam, habe sie nicht einmal „Guten Morgen“ gesagt und wenn sie etwas haben wollte, nur in Einwortsätzen gesprochen. Aus diesem Grund wurde beim Individuellen Programm der Schwerpunkt zunächst auf den Umgang mit dem Talker gelegt. Am Anfang standen Übungen mit der „Satzstrategie“ (zwei Ikonen geben einen ganzen Satz wieder), beschreibt die Studentin ihr methodisches Vorgehen. Zunächst wurden alle Sätze rausgesucht, die schon abgespeichert waren. *„Dummerweise hat die nie jemand notiert“*, kritisiert sie. Deshalb wurde ein Talker-Handbuch erstellt. *„Kommunikation ist dadurch sehr starr“*, erklärt die Studentin. Aus diesem Grund erfolgte der Wechsel zur „Wortstrategie“ (Ikonenverbindung von 2 bis 4 Ikonen. Unter jeder befindet sich ein Wort). Für den Discobesuch beispielsweise wurden feste Sätze abgespeichert, die Kerstin Röder auch sicher abrufen konnte. Sie dürfe aber ihren Talker nicht mitnehmen, da er runterfallen könnte, schildert die Studentin die Befürchtungen der Mutter. Frustrierende Erlebnisse mit dem Talker, wie zum Beispiel das ungewollte Abrufen von unpassenden Sätzen, haben aus Sicht der Studentin dazu geführt, dass Kerstin Röder den Talker derzeit nicht mehr gerne benutzt. Damit ist ihre Kommunikationsfähigkeit nun leider wieder stärker eingeschränkt.

Neben der Arbeit mit dem Talker wurde Kerstin Röder im Rahmen des Individuellen Programms auch im Schreiben am PC unterstützt. So habe sie mit einem Zivi in der Tagesförderstätte per E-mail kommuniziert, berichtet die Studentin. *„Das war eine schöne Erfahrung für Kerstin Röder - zumal sie auch Rückmeldungen erhalten habe“*. Diese Form der Kommunikation sei dann aber aufgrund technischer Probleme nicht mehr möglich gewesen. Danach habe sie am Computer z.B. Witze geschrieben oder die Telefonliste für die Tagesförderstätte aktualisiert. *„Das tat Kerstin Röder gut und war Arbeit für sie“*, erzählt die Studentin. In der Gruppe habe sie stets positive Unterstützung erfahren, denn dort wurde ihr eine gute Gesprächsführung vorgelebt, fährt sie fort und erklärt: *„Dadurch fühlte sie sich anerkannt. Das hat ihr Selbstbewusstsein gestärkt“*. Außerdem zeige sich eine leichte Tendenz zur Selbstbestimmung und Abgrenzung der Mutter gegenüber, was die Studentin als wichtig und positiv für die weitere Entwicklung wertet.

### **Wie die Einrichtung die Entwicklung beurteilt:**

In der Tagesförderstätte, die Kerstin Röder täglich besucht, findet das Individuelle Programm großen Anklang. Dem Wunsch Kerstin Röders entsprechend, wird sie auch dort im Umgang mit dem Talker unterstützt. *„Aktives Sprachvermögen ist vorhanden – es ist nur eine Frage des Verstandenwerdens“*, sagt die Gruppenleiterin. *„In ihrer Gruppe wird Kerstin Röder recht gut verstanden und kann sich gut ausdrücken, hat aber aufgrund von Spastiken Probleme, bestimmte Buchstaben oder Buchstabenverbindungen auszusprechen“* fügt sie hinzu. Nach Auskunft der Gruppenleiterin wird in der Tagesförderstätte großer Wert darauf gelegt, dass die Übungen am Talker sowie die Sprachübungen täglich durchgeführt werden. Inzwischen sei Kerstin Röder psychisch sehr gefestigt, was aber aus Sicht der Gruppenleiterin nicht ausschließlich auf das Projekt zurückgeführt werden könne, sondern auch auf die veränderte Betreuungssituation. Sie sei auch mutiger geworden, gehe von sich aus auf Leute zu und versuche sie auch anzusprechen. Sie achtet sehr darauf, dass sie ganze Sätze bildet – egal ob mit oder ohne Gerät –, habe viele Vokabeln gelernt, könne Sätze an ihrem Talker abrufen und weiß, wo sie gespeichert sind. Insgesamt habe Kerstin Röder große Fortschritte gemacht, die sich im Alltag sehr auswirken, freut sich die Gruppenleiterin. *„Sie hat auch ein ganz anderes Selbstbewusstsein bekommen und ergreift mehr Eigeninitiative“*, ergänzt sie. Das bedeute sowohl für sie selber als auch für die Tagesförderstätte eine

Entlastung. Manchmal komme Kerstin Röder in die Gruppe gefahren und sagt: „*Ich möchte meinen Talker haben, ich möchte mich unterhalten*“. Auch bezüglich der Teilhabe an Gesellschaft ist also eine positive Entwicklung zu verzeichnen.

### **Zusammenfassung:**

Trotz der von einem Elternteil geäußerten Skepsis über das Individuelle Programm, sind sich die Befragten bezüglich eines positiven Ergebnisses des Individuellen Programms einig. Die Personen in Kerstin Röders sozialem Umfeld haben wahrnehmen können, dass die Teilnehmerin ihr Ziel, wieder mit einem Talker sprechen zu können, mit Hilfe des Individuellen Programms erreichen konnte. Uneinigkeit besteht bei allen Beteiligten letztendlich nur darüber, welcher Teil des Individuellen Programms für den Erfolg hauptverantwortlich war. Das Beispiel Kerstin Röder konnte auch aufzeigen, dass ein Individuelles Programm aber auch vor allem dann Erfolg haben kann, wenn die Lebensbedingungen der Teilnehmer auf deren Bedürfnisse der Teilnehmer zugeschnitten werden.

### **Nadja Ziegler**

Nadja Ziegler ist zum Befragungszeitpunkt 20 Jahre alt. Sie lebt in einem Wohnheim und besucht zweimal wöchentlich die Tagesbetreuung der Wohnstätte, in der auch das Individuelle Programm durchgeführt wird.

Auch bei Nadja Ziegler liegt eine Spastische Tetraparese vor und sie ist deshalb auf den Rollstuhl angewiesen. Aufgrund ihrer Behinderung hat sie einen hohen Unterstützungsbedarf. Zu Beginn des Projektes war sie nicht-sprechend. Deshalb fiel die Wahl auf folgende IP-Themen:

- Selbstbestimmung
- Kommunikation

Außerdem habe sie sich gewünscht, den Umgang mit dem Talker zu erlernen, um die Kommunikation zu erleichtern. Später kam auf eigenen Wunsch Nadja Zieglers Gesichtshygiene hinzu.

Das Individuelle Programm fand von März 2004 bis Mai 2005 statt, wobei die studentische Mitarbeiterin im November 2004 wechselte. Insgesamt gab es 30 Treffen und drei Evaluationsgespräche. Für Nadja Ziegler wurden die zwei

Übungsstunden pro Woche auf zwei Einzelstunden aufgeteilt, da zwei Stunden hintereinander als zu anstrengend für sie wahrgenommen wurden.

### **Wie Nadja Ziegler die Entwicklung selbst beurteilt:**

Eigentlich gehörte Nadja Ziegler zu den 4 Teilnehmern, die als verbal nicht-befragbar galten. Während des Interviews mit ihrem Betreuer in der Tagesförderstätte stellte sich aber heraus, dass sie überaus motiviert war für ein Gespräch, und so konnte sie mit Hilfe ihres Betreuers doch befragt werden. Die Fragen wurden für sie so umformuliert, dass sie weitgehend nur mit „ja“ oder „nein“ zu antworten brauchte. Es war offensichtlich, wie wichtig es ihr war, an dem Gespräch beteiligt zu sein und sich mitzuteilen. Wie sie selber berichtet, habe ihr am Individuellen Programm am besten gefallen, mit der Studentin durch die Stadt zu fahren und einen Stadtbummel zu machen. Vor einem Geschäft habe sie plötzlich „halt“ gerufen, weil sie dort ein schönes T-Shirt gesehen habe. Das habe sie dann zusammen mit der Studentin gekauft.

### **Wie die Einrichtung die Entwicklung beurteilt:**

Aus der Sicht des Betreuers in der Tagesförderstätte sind nun am Ende des Projektes deutliche Veränderungen zu erkennen. Als Nadja Ziegler in die Tagesbetreuung kam, habe sie von sich aus nicht gesprochen und sich auch nicht bemüht. Er sagt, dass sie sehr zurückgezogen lebte. Mit ihrem derzeitigen Talker sei sie zunächst überhaupt nicht zurecht gekommen. So wurden zunächst verschiedene Möglichkeiten, den Talker anzusteuern, ausprobiert. Schließlich wurde eine Möglichkeit gefunden, mit der Nadja Ziegler jetzt gut zurecht kommt (Joystick und Kopfhörer). Außerdem verfügt sie jetzt über einen größeren Wortschatz, versteht mehr und kann sich verbal besser äußern. Sie reagiere vermehrt auf Ansprache und spreche manchmal, wenn sie sich in einer entspannten Situation befände, halbe Sätze. *„Sie versucht auch mehr Anteil zu nehmen und ist nicht mehr so zurückgezogen, was schwerpunktmäßig daran liegt, dass sie mehr gefordert wird“*, schildert ihr Betreuer.

Mittlerweile achte Nadja Ziegler auch selber auf ihre Gesichtshygiene. Sie putze sich selbständig mit Assistenz die Zähne und mache auch darauf aufmerksam. Die Betreuung durch die Studenten habe im Laufe des Projektes einmal gewechselt. Während mit der ersten Studentin die Arbeit zwar sehr effektiv gewesen sei, habe

Nadja Ziegler nun zu der zweiten Studentin auch eine emotionale Bindung aufgebaut. Sowohl diese emotionale Nähe als auch *„harte Arbeit und dass etwas von ihr gefordert wird“*, haben seiner Ansicht nach positive Veränderungen bewirkt.

### **Wie die Studentin die Entwicklung beurteilt:**

Dass Nadja Ziegler hoch motiviert ist besser sprechen zu können berichtet auch die Studentin, die das IP mit ihr durchführt. Zu Beginn erlebte auch sie Nadja Ziegler sehr zurückgezogen. Große Probleme habe sie vor allem mit Auswahlfragen gehabt. Sie habe Wahlmöglichkeiten nicht genutzt. Deshalb wurde zu Beginn schwerpunktmäßig spielerisch Auswahlverhalten trainiert. Jetzt sei Nadja Ziegler wesentlich offener geworden, treffe eher Entscheidungen, habe an Selbstvertrauen gewonnen. Mit der Studentin habe Nadja Ziegler auch ein „Das-bin-ich-Buch“ angelegt. Dieses Buch enthält alles zu ihrer Person: Ihre Lebensdaten, ihre Vorlieben, das, was sie mag und das, was sie ablehnt. Es wird ständig ergänzt und ist für Nadja Ziegler ein wichtiges Kommunikationsinstrument.

### **Wie der Betreuer im Wohnheim die Entwicklung beurteilt:**

Über das „Das-bin-ich-Buch“ berichtet auch der Wohnheimbetreuer. Sie nutze es oft, um sich anderen Menschen vorzustellen oder um darüber zu kommunizieren. Sie sei offener und aufgeschlossener geworden. Auch fordere sie jetzt mehr und teile mit, was sie möchte. Zwar äußere sie verbal nicht viel, versuche aber manchmal, zu differenzieren. *„Zum Beispiel hat sie früher immer nur „Tee“ gesagt, wenn sie Durst hatte“*, berichtet er. *„Jetzt versucht sie konkreter auszudrücken, was sie möchte“*, beschreibt er ihre Fortschritte in Richtung selbstbestimmten Handelns.

### **Zusammenfassung**

Nadja Ziegler, die als „nicht-sprechend“ galt, hat der wissenschaftlichen Begleitung selbst gezeigt, wie groß ihr Interesse am Kommunizieren ist und wie hoch die Motivation, ihre Erfahrungen aus dem Projekt mitzuteilen. Auch in diesem Fall stellte das soziale Umfeld neben der Verbesserung der sprachlichen Differenzierungsmöglichkeiten unisono vor allem auch eine deutliche Stärkung des Selbstbewusstseins sowie eine erhöhte Motivation zur Selbstbestimmung fest.

## **Oliver Enders**

Zum Zeitpunkt der Befragung war Oliver Enders 29 Jahre alt. Er ist einer der beiden Teilnehmer mit Down-Syndrom, die im Rahmen des Blumenmodells untersucht wurden, und lebt noch im Haushalt seiner Eltern. Da er sich aber, wie er selber berichtet, immer mehr mit dem Gedanken beschäftigt, irgendwann einmal auszuziehen, möchte er gerne selbständiger werden. Für ihn gab es eine Fülle von Themen, die ihn interessierten und mit denen er sich gerne intensiver beschäftigen wollte. Die Themen des IP waren:

- Erwerb von Wissen
- Erlernen der Uhr
- Bibliotheksbesuch
- Geschichten schreiben

Zu Beginn des Individuellen Programms im August 2003 arbeitete Oliver Enders mit einer Studentin zusammen, die aber die Zusammenarbeit im November 2004 beendete und das IP an einen Kollegen übergab. Insgesamt liegen 48 Dokumentationen vor.

### **Wie Oliver Enders die Entwicklung selbst beurteilt:**

*„In der Schulzeit hat mir kein Mensch was beigebracht – nur Rechnen und Schreiben – sonst gar nichts, auch nicht die Uhr“,* so beginnt er das Gespräch. *„Deshalb will ich lernen, wie man selbständig wird – das ist mein Ziel: und irgendwann, wenn ich mal selbständig werde, habe ich mir vorgenommen, von Zuhause auszuziehen und in der Realität zu leben“,* ergänzt er. Ausführlich berichtet er von dem, was er zusammen mit dem Studenten erarbeitet hat und schildert dabei seine Vorlieben und Abneigungen: Für das Erlernen der Uhr interessiert er sich nicht so sehr. Zwar habe er auch ein Computerprogramm zum Erlernen der Uhr, erzählt er, und berichtet von kleinen Fortschritten: *„Mit der Uhr klappt das auch schon ganz gut, so langsam kenne ich die Uhr: ich weiß, was halb ist und was viertel vor ist“,* aber sein eigentliches Interesse gelte doch dem Bibliotheksbesuch. Er berichtet weiter, dass er sich mit vielen interessanten Themen beschäftigt und manchmal selber Geschichten dazu schreibt. Im Juni will er an einem Geschichtenwettbewerb für Menschen mit geistigen Behinderungen teilnehmen. Dafür schreibt er eine Geschichte, die der Student korrigiert, und zusammen mit ihm einreicht. Ganz stolz

berichtet er auch, dass er mittlerweile selbständig Bücher in der Bücherei nach alphabetischem Ordnungssystem ausleihen kann. Selbständig plant er Ausleihe und Rückgabe. Aber nicht nur inhaltlich weiß Oliver Enders viel zu erzählen, sondern auch über Veränderungen berichtet er ausführlich: *„Selbstbewusst war ich ja noch nie gewesen. Jetzt kann ich das. Der Student hat mir Mut gegeben und gezeigt, wie das geht“*.

Was die Teilhabe an Gesellschaft betrifft, so gibt es aus der Sicht Oliver Enders keine Veränderungen. Kontaktfreudig war er – wie er selber sagt - auch schon vor Beginn des Projektes und so habe er auch jetzt kein Problem damit, sich in der Bücherei zu befragen, z.B. wie lange Videos ausgeliehen werden dürfen, oder sich mit den Angestellten der Bibliothek zu unterhalten.

### **Wie die Eltern die Entwicklung beurteilen:**

Wie schon Oliver Enders selber, so berichtet auch seine Mutter, ihr Sohn interessiere sich kaum für die Uhr und könne sie auch nicht gut lesen. Allerdings habe er inzwischen diesbezüglich Fortschritte gemacht. Für ihn, sagt sie, habe die Uhrzeit keine besondere Bedeutung. *„Er kennt seinen Tagesablauf genau, weil jeder Tag etwa gleich abläuft. Das läuft eher nach Gewohnheit ab und nicht nach Uhrzeit. Vielleicht wäre das anders, wenn er alleine wohnen würde“*.

Bibliotheksbesuche habe er bis zu Beginn des Projektes gar nicht gekannt. Er habe manchmal im Internet etwas nachgesehen – das tue er jetzt auch noch- nur etwas gezielter.

Positiv findet sie, dass sich schon viel verändert hat: *„Ich finde, er hat eine Menge gelernt. Er ist auch damit glücklich – das merke ich. Jedes Mal zeigt er stolz seine Bücher, die er ausgeliehen hat. Aus Büchern hat er großes Wissen erworben, er sucht sich nach alphabetischer Systematik Bücher aus, liest sie alleine, erzählt manchmal, und über das, was er besonders interessant findet, schreibt er eine Geschichte“*.

Auch für die Verbesserung der Teilhabe an der Gesellschaft findet Frau Enders das Individuelle Programm sehr wichtig. Ihrer Ansicht nach *„trägt es auf jeden Fall zur Selbständigkeit und Teilhabe an der Gesellschaft bei, denn das existierende System ist da eher hinderlich. Der Bibliotheksbesuch ist schon ein Schritt in Richtung Teilhabe. Man müsste mal ausprobieren, ob Oliver auch alleine in die Bibliothek fahren kann“*, meint sie. *„Er geht auch alleine zum Friseur oder in die Klinik und*

*kommt dort auch gut alleine zurecht. Er unterhält sich mit den Ärzten und kann auch alles wieder geben. Ich fühle mich dabei eher überflüssig“,* fügt sie hinzu.

### **Wie der Student die Entwicklung beurteilt:**

Als der Student das Individuelle Programm übernahm, lief es schon ein Jahr lang. Dennoch musste er mit Oliver Enders in Sachen Uhr lesen weit vorne anfangen. *„Er konnte sehr wenig, was die Uhr betrifft. Er konnte den Kleinen vom großen Zeiger nicht unterscheiden.,* berichtet auch er. Zunächst erklärte er ihm, wofür die einzelnen Zeiger sind und wie die Abstände aufgeteilt sind. Das wurde aufgemalt und die Übungen anhand eines Uhr-Spiels veranschaulicht. Der Student berichtet weiter, dass Oliver Enders Motivation die Uhr zu Lernen im Laufe des Individuellen Programms nachgelassen habe. Im Gegensatz zum Erlernen der Uhr mache ihm der Bibliotheksbesuch sehr viel mehr Spaß. Obwohl der Besuch einer Bücherei für Oliver Enders vollkommen neu war, könne er sich jetzt schon eigenständig Bücher ausleihen, erzählt der Student. *„Er sucht sie sich selber aus dem Computer aus, schreibt sich die Signatur auf und sucht sie im Regal, obwohl das System schwierig zu durchschauen ist für ihn. Aber er weiß ungefähr, wo er hinlaufen muss“,* fügt er hinzu. Von Vorteil für Oliver Enders ist hier sicherlich, dass er sich schon vorher gut mit dem Computer auskannte. Die Inhalte mussten also nur vertieft werden. Über Themen, die ihn besonders interessieren oder beschäftigen, schreibt Oliver Enders *„nebenher“* Geschichten.

Eine positive Entwicklung sieht der Student auch im Hinblick auf Selbstbestimmung und berichtet, im Laufe des Individuellen Programms sei Oliver Enders entscheidungsfreudiger geworden und traue sich eher zu, eigenständig Entscheidungen zu treffen.

### **Wie die Einrichtung die Entwicklung beurteilt:**

Der Gruppenleiter in der Werkstatt bestätigt die Aussagen des Studenten. *„Er war damals, als ich ihn kennen gelernt habe, schon sehr selbständig und das ist auch so geblieben“,* erzählt er. Auch was die Teilhabe an Gesellschaft betrifft, hat sich seiner Ansicht nach nichts verändert, da Oliver Enders schon vorher viele Kontakte hatte. Die Tatsache, dass Oliver Enders aber ohnehin *„sehr umgänglich und schon vor Beginn des Projektes voll in die Gruppe integriert“* gewesen sei, erschwere die Beurteilung von Veränderungen.



## **Zusammenfassung**

Für Oliver Enders eröffnete das Individuelle Programm neue Möglichkeiten im Bereich der Weiterbildung und des Lernens. Wie er selbst und die Personen seines sozialen Umfelds berichten, hat das Individuelle Programm zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins geführt und die Bibliotheksbesuche haben ihm neue Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnet.

## **Simon Euler**

Simon Euler ist 28 Jahre alt und lebt im Wohnheim. Aufgrund seiner Behinderung mit starken autistischen Zügen konnte er selber nicht befragt werden. Auch Wünsche hinsichtlich der IP-Themen konnte er nicht selber äußern. Da er sehr zurückgezogen lebte, musste das InDiPro-Team die Themen für das Individuelle Programm auswählen:

- Selbstbestimmung
- Kommunikation .

Für Simon Euler gab es während der Zeit des Individuellen Programms einige örtliche und personelle Veränderungen. Nach den ersten vier Treffen in der Tagesförderstätte, die er zu der Zeit besuchte, wechselte er in eine andere Einrichtung. Insgesamt fanden zwischen Oktober 2003 und Mai 2005 57 Treffen statt. Nach den ersten 18 Terminen wechselte die studentische Mitarbeiterin.

## **Wie der Bezugsbetreuer im Wohnheim die Entwicklung beurteilt:**

Zu Beginn des Projekts sei Simon Euler im Wohnheim und in der Tagesförderstätte durch häufige Autoaggressionen aufgefallen. Zu Mitbewohnern hatte er keinen Kontakt. Jetzt, am Ende des Projektes, berichtet sein Bezugsbetreuer von deutlichen positiven Veränderungen. Insgesamt sei Simon Euler freundlicher geworden. Sein autoaggressives Verhalten sei in den letzten Monaten nicht mehr aufgetreten. Er freue sich, wenn die Studentin kommt und sei auch wesentlich selbständiger geworden: Er räumt Geschirr selbständig ein und bestimmt selber, wo er hingehen möchte.

Seine mangelnden Kontakte in der Wohnheimgruppe interpretiert sein Bezugsbetreuer so: *„Entweder Interessiert er sich auch nicht für Mitbewohner; da er keine Möglichkeiten hat, oder er will vielleicht auch keinen Kontakt“.*

**Wie die Studentin die Entwicklung beurteilt:**

Auch die Studentin berichtet, dass Kommunikation mit Simon Euler aufgrund seiner autistischen Störung schwierig sei. Deshalb sei er sozial isoliert. *„Er hat am Anfang einen großen Bogen um mich gemacht“*, berichtet sie. Vieles habe sie ausprobiert, um mit ihm zu kommunizieren. I-Talk wurde ausprobiert, sei aber weniger gut gelaufen, *„denn I-Talk muss regelmäßig geübt und in den Alltag integriert werden, was nicht gewährleistet werden kann im Wohnheim“*, erklärt sie. Gestützte Kommunikation wurde ebenfalls ausprobiert und erfolgreich eingesetzt. *„Wenn er aber etwas zeigen möchte, ist er immer ziemlich nervös; er hat immer uneindeutig mit beiden Händen auf etwas gezeigt. Da habe ich eine Hand gehalten und auf den Rücken gelegt, damit er zur Ruhe kommt – das ging dann“*, erläutert sie ihre methodische Vorgehensweise. Am effektivsten haben sich Kommunikationskarten erwiesen, erzählt die Studentin weiter. Schon ihre Vorgängerin habe mit Kommunikationskarten angefangen – auch in Bezug auf Essen und Trinken. Simon Euler habe aber den Sinn nicht verstanden; *„das war gut angedacht, aber er kann solche Dinge auch anders kommunizieren, deshalb habe ich andere Dinge ausprobiert, z.B. Jacke anziehen, wenn er spazieren gehen will“*. Zu diesem Zweck wurde eine Kartentafel angefertigt: Orte, an denen er schon war, wurden fotografiert und auf ein großes Plakat geheftet. Wenn Simon Euler jetzt, am Ende des Projektes, gefragt wird, wo er hingehen möchte, wähle er selbständig eine Karte aus. *„Das läuft sehr gut“*, freut sich seine Studentin über seine neu erworbene Fähigkeit der Selbstbestimmung und berichtet auch von positiven Veränderungen im emotionalen Bereich, die besonders Personen, zu denen er ein Vertrauensverhältnis hat und *„die etwas mit ihm machen“*, auffallen. Zu diesen Vertrauenspersonen zähle auch die Studentin selber. *„Das Schönste ist, wenn ich hinkomme und er strahlt mich an“*, erzählt sie. Veränderung ist also stark personengebunden. *„Wenn keiner was mit ihm macht, kann sich da nichts verändern“*. In diesem Zusammenhang ist auch die Entwicklung der Selbständigkeit zu sehen. Simon Euler habe einen Kassettenrecorder in seinem Zimmer, den er nach langem Üben mit der Studentin jetzt selbständig bedienen könne. Kontakte zu seiner Gruppe im Wohnheim und damit gesellschaftliche Teilhabe habe er aber auch jetzt noch nicht. *„Wenn er von der TaFö kommt, geht er in sein Zimmer. Mit mir zusammen nimmt er eher an*

*Gruppenaktivitäten, z.B. am gemeinsamen Kaffeetrinken, teil, alleine aber nicht“, berichtet die Studentin.*

### **Wie die Einrichtung die Entwicklung beurteilt:**

*Auch in der Werkstatt sei Simon Euler zu Beginn des Projektes durch seine vollkommene Isolation aufgefallen. Er habe keinerlei Kontakte innerhalb der Gruppe gehabt und sich zudem offensichtlich dadurch überfordert gefühlt, dass ständig Erwartungen an ihn gerichtet worden seien. Deshalb habe die Gruppenleiterin in der TaFö einen Gruppenwechsel für Simon Euler organisiert. „In seiner neuen Gruppe scheint er sich wohler zu fühlen. Er wird dort in Ruhe gelassen und hat seine Freiheit“, berichtet sie. Zwar übernehme er regelmäßig bestimmte Tätigkeiten, wie z.B. Geschirr abräumen, Spülmaschine einräumen, einkaufen gehen, suche sich aber auch selbst Ruhe- und Rückzugsphasen. „Wenn er ausgeruht ist, macht er weiter. Sitzen mag er überhaupt nicht; er muss immer in Bewegung bleiben. Dennoch macht er einen ausgeglicheneren und ruhigeren Eindruck als zu Beginn des Projektes. Dadurch, dass es ruhig in der Gruppe ist, ist er auch sehr viel selbständiger geworden“, berichtet die Gruppenleiterin.*

### **Zusammenfassung**

Bei Simon Euler zeigen sich, wie alle Befragten übereinstimmend berichten, deutliche positive Veränderungen: Sein autoaggressives Verhalten ist nicht mehr aufgetreten und insgesamt ist Simon Euler freundlicher. Er zeigt positive Gefühlsregungen wie Freude, wenn die Studentin kommt und ist wesentlich selbständiger geworden. Er hat gelernt die ein oder andere Aufgabe im Haushalt zu verrichten und selbst zu bestimmen, wo er hinget. Auch am Beispiel von Simon Euler wird deutlich, wie wichtig das Zusammenspiel zwischen den Rahmenbedingungen (z.B. Situation in der TaFö) und dem Individuellen Programm für den Erfolg sein kann.

### 7.6.2 Zusammenfassung der Fallstudien

(Aussagen und Bewertungen von Teilnehmern, Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern sowie Mitarbeitern der Einrichtungen und InDiPro)

#### Entwicklung der Teilnehmer:

Die Entwicklung der Teilnehmer verlief nach Aussagen aller Befragten vor allem bezüglich der Aspekte Selbständigkeit und Selbstbestimmung, aber auch in Hinsicht auf das Ziel des Individuellen Programms ausnahmslos positiv. Diese Feststellung gilt sowohl für die Teilnehmer mit sehr schweren Behinderungen als auch für jene mit leichteren Behinderungen. Die Bandbreite der Veränderungen reichte von kleinen, kaum bemerkbaren Schritten (*„Tendenz zur Selbstbestimmung“*) bis hin zu *„Riesensprüngen“* und ist im Zusammenhang mit der Behinderung des Teilnehmers zu sehen. Selbst die Befragten der Einrichtungen, die in die Umsetzung der Individuellen Programme nicht einbezogen waren, gaben an, dass die Teilnehmer inzwischen Entscheidungen eigenständiger treffen und Handlungen selbständiger ausführen können. Bei der Thematik „Verbesserung der Teilhabe an der Gesellschaft“ zeigen die Ergebnisse, dass Veränderungen in diesem Bereich u.a. vom Thema des Individuellen Programms sowie von dessen Umsetzung abhängen. Dort, wo das Individuelle Programm beispielsweise ausschließlich in Werkstätten umgesetzt wurde, konnte Teilhabe an der Gesellschaft allenfalls in Form einer verbesserten Gruppenzugehörigkeit erlebt werden. Zwar ist eine derartige Veränderung durchaus als Fortschritt zu werten, entspricht aber in vielen Fällen nicht den Vorstellungen der Eltern, die sich für ihre Tochter/ ihren Sohn eine *„selbstverständliche Teilhabe an den Aktivitäten Gleichaltriger“* wünschen. Deshalb befürworteten die meisten der hier befragten Eltern auch, dass Individuelle Programme zukünftig weiter von (gleichaltrigen) Studierenden durchgeführt werden sollen. Eine Mutter bringt diesen Wunsch im folgenden klar zum Ausdruck:

*„Für Unternehmungen braucht meine Tochter immer jemanden, um teilhaben zu können. Bei behinderten Menschen sind das immer die Eltern, aber als ich in ihrem Alter war, bin ich doch auch nicht mit meinen Eltern in die Disco gegangen.“*

#### Umsetzung der Individuellen Programme:

Mit der Umsetzung der Individuellen Programme waren die meisten Eltern im großen und ganzen zufrieden. Die Bewertungen reichten von *„Sehr gut“*, über *„gut“*,

„zufrieden“, „positiv“, bis hin zu „keine Schwierigkeiten“.

Allerdings gab es bei den Eltern auch einige Fälle, die mit der Umsetzung nicht ganz zufrieden waren, weil sie von dem Projekt zu wenig mitbekamen, sich zu wenig dran beteiligt fühlten oder sich noch mehr individuelle Förderung gewünscht hätten.

Auch der Großteil der befragten Einrichtungen hält die Umsetzung der Individuellen Programme für gut. Einige bemängeln dabei aber gleichzeitig, von der Umsetzung zu wenig mitbekommen zu haben. Weiter wurde genannt, dass die Studierenden zu Anfang noch nicht genügend qualifiziert gewesen seien. Bedauert wurde zudem, dass aus Sicht der Einrichtungen zu wenig Austausch zwischen den Beteiligten stattgefunden hat.

Die studentischen Mitarbeiter, die die Individuellen Programme durchführten, nannten neben der positiven Entwicklungsbilanz der Teilnehmer auch einige Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung der Programme. Sie hätten sich insgesamt einen besseren Austausch und eine intensivere Zusammenarbeit mit Eltern, WfbM und Wohnstätten gewünscht. Hinzu kamen anfangs z. T. Probleme bezüglich der inhaltlich-didaktischen IP-Gestaltung, d.h. für jeden Teilnehmer bedurfte es eines Individuellen Programmschnitts.

### **Zeitraumen und Zukunft**

Was den Zeitrahmen für die Durchführung des Individuellen Programms betrifft, so findet sich hier eine hohe Übereinstimmung zwischen allen Befragungsgruppen. Nur ein Mitarbeiter fand den Zeitrahmen „okay“, während sich alle anderen Befragten darüber einig waren, dass entweder „mehr Stunden pro Woche“ oder „öfter eine Stunde“ angeboten werden sollte. Insbesondere die studentischen Mitarbeiter befürworteten mehr Stunden, um eine konstante Förderung gewährleisten („muss täglich gelebt werden“) und um am Wochenende mit den Teilnehmern etwas unternehmen zu können. Die Eltern wünschten sich zudem mehr Zeit für den Austausch mit den studentischen Mitarbeitern und Einrichtungen bezüglich der Individuellen Programme sowie eine flexiblere Handhabung der Stundenverteilung.

**Wie die Ergebnisse der qualitativen Befragung zeigen, hat das Projekt InDiPro bei allen Befragungsgruppen großen Anklang gefunden. Insgesamt betrachtet findet sich übereinstimmend der Wunsch nach Fortführung des Projekts. Fast alle Teilnehmer, ihre Eltern sowie gesetzliche Betreuer, Einrichtungen und studentischen Mitarbeiter wünschen sich, „dass es weiter geht“.**

## **7.7 Resümee der wissenschaftlichen Begleitung**

Die vier zur summativen Evaluation des Modellvorhabens InDiPro durchgeführten Studien (Befragung der Teilnehmer, der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer, der Einrichtungen und die acht Fallstudien) konnten für die Beurteilung des Projektverlaufs und der Projektergebnisse wertvolle Informationen liefern. Zusammen genommen haben alle Untersuchungen durch die jeweils unterschiedlichen Blickwinkel verdeutlicht, dass junge Erwachsene mit geistiger Behinderung über ein teilweise unentdecktes oder verschüttetes Potenzial an Fähigkeiten verfügen, das durch ein ganzheitlich angelegtes diagnostisches Verfahren erkannt (oder wieder entdeckt) und durch ein auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten zugeschnittenes Bildungsprogramm mit gutem Erfolg gefördert werden kann. Unter Erfolg verstehen wir dabei alle von den Befragten auf InDiPro zurückzuführende positiven Ergebnisse, auf die wir im folgenden noch einmal kurz eingehen möchten.

Von den meisten Teilnehmern wurde stolz berichtet, dass sie nach einigen Monaten individueller Programme die Dinge gelernt haben, die sie mit dem InDiPro-Team vereinbart hatten, und dass sie glücklich darüber sind, etwas gelernt zu haben und zu können, das sie selbständiger und freier macht. Einige Teilnehmer konnten durch die Art des Individuellen Programms (wie z.B. Busfahren, Bibliotheksbesuch, Einkaufen) auch die Möglichkeiten zur Teilhabe am öffentlichen Leben verbessern, was als sehr positiv gewertet wurde, da es dem Wunsch von vielen Teilnehmern nach einem „normalen Leben“ entgegen kommt. Als ein Stück Normalität wurde von den Teilnehmern auch das Zusammensein mit studentischen Mitarbeitern gesehen, weil diese durch die Gleichaltrigkeit als Freund bzw. Freundin gesehen wurden. Für die Teilnehmer hatten die studentischen Mitarbeiter somit eine Art Peer-Funktion (Vorbild, Freund/in, große Schwester, großer Bruder), was in vielen Fällen dazu beitrug ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Dieses erwies sich als eine wertvolle Voraussetzung für den Erfolg der Individuellen Programme. Besondere Freude wurde aber vor allem auch darüber zum Ausdruck gebracht, dass durch die Individuellen Programme der Mut zur Selbstbestimmung und deren Erprobung geweckt wurde. Dieses Selbstbestimmungstraining hat bei einem Großteil von Teilnehmern nach ihren eigenen Aussagen, aber auch nach denen ihres sozialen Umfelds im Laufe des Projekts eine Verbesserung des Selbstwertgefühls und eine allgemein bessere Grundstimmung nach sich gezogen.

Auch die von den Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer und Einrichtungen genannten Erfolgsindikatoren möchten wir hier noch einmal kurz auflisten:

Viele Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer haben durch die interdisziplinäre Diagnose Neues über die Teilnehmer erfahren und bewerteten die Durchführung, aber vor allem auch das Resultat der Individuellen Programme äußerst positiv. Erfolge sahen sie in Bezug auf das Erreichen des Ziels des Individuellen Programms und besonders auch in Hinsicht auf die persönliche Entwicklung. Auch diese Gruppen berichteten von wahrnehmbaren Veränderungen hinsichtlich der Stärkung des Selbstbewusstseins und der Verbesserung der Grundstimmung der Teilnehmer.

Neben diesen ausgesprochen positiven Ergebnissen wurden von allem Gruppen, wenn auch im geringeren Maße, ebenso von Schwierigkeiten berichtet. Probleme gab es vor allem in den Bereichen „Personalbeschaffung und -organisation“, „Kommunikation und Kooperation“ sowie im Bereich und „Routinisierung und Installation der projektbezogenen Prozesse“. Die Probleme der Personalbeschaffung resultierten aus dem hohen Personalbedarf und der hohen Anforderung an das Personal einerseits sowie aus der hohen Fluktuation, mit der bei der Einstellung von studentischen Mitarbeitern unabhängig von der Branche gerechnet werden muss, andererseits. Hieraus ergaben sich einige unbeabsichtigte und nicht vorhersehbare Wechsel der studentischen Betreuer, die bei einigen Teilnehmern z.T. Akzeptanz- und Trennungsproblematiken nach sich zogen und den Fortgang der Individuellen Programme für eine gewisse Zeit stagnieren ließen. In den meisten Fällen konnte dieses Problem aber im Laufe der Zeit wieder behoben werden, wie die Befragungsergebnisse gezeigt haben. Interessant erscheint, dass sich trotz der Probleme, die sich durch die studentischen Mitarbeiter ergaben, die meisten Befragten für den Einsatz studentischer Mitarbeiter bei der Umsetzung Individueller Programme ausgesprochen haben. Somit scheinen die Vorteile von studentischen Mitarbeitern, wie z.B. Gleichaltrigkeit, soziale und fachliche Kompetenz sowie preisgünstige Arbeitskraft, die Nachteile (Gefahr der Fluktuation) bei nachträglicher resümierender Bewertung aufzuwiegen. Obwohl viele Einrichtungen die Ansicht vertreten, dass Individuelle Programme besser von ihnen selbst durchgeführt würden, hat sich dennoch ein großer Anteil auch für den Einsatz von Studierenden ausgesprochen. Es sollte deshalb darüber nachgedacht werden, ob nicht der Inhalt des Individuellen Programms und der Mensch mit geistiger Behinderung sowie seine Lebenssituation letztlich bestimmen sollten, wer die Programme durchführt. Zum

Beispiel könnten zukünftig Individuelle Programme, die eher den Bereich Teilhabe am öffentlichen Leben betreffen (Disco- und Kinobesuche, Sport etc) eher von (gleichaltrigen) Studierenden oder auch Zivildienstleistenden durchgeführt werden, während andere Dinge (Kochen, Wäsche waschen. Schriftspracherwerb etc.) auch von Mitarbeitern der Einrichtungen durchgeführt werden könnten. Hier sollte es u. E für die Zukunft keine Pauschallösungen geben.

Im weiteren wurden sowohl von Eltern bzw. gesetzlichen Betreuern als auch von studentischen Mitarbeitern und den Einrichtungen auf die Frage nach „Schwierigkeiten“ auch Kommunikationsprobleme genannt. Gemeint war damit fast immer die mangelnde Abstimmung über die Organisation der Individuellen Programme und der fehlende Informationsfluss zwischen allen Beteiligten. Interessant für die wissenschaftliche Begleitung war, dass hierüber in allen Gruppen gleichermaßen geklagt wurde. Festzustellen ist, dass diejenigen, bei denen jeweils die Federführung der Organisation und Durchführung der Individuellen Programme lag, wenig Interesse daran zu haben schienen andere zu informieren oder mit Ihnen zu kooperieren. Dies galt sowohl für die Gruppe der Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer als auch für die Gruppe der Einrichtungen (TaFö, WfbM, Wohnstätte). Im Interesse des Teilnehmers sollten daher zukünftig von vornherein Regeln installiert werden, die alle Beteiligten des sozialen Umfelds zum Wohle der Teilnehmer zu einer verbesserten Kooperation (selbst-)verpflichten.

Dass vor allem am Anfang des Projekts Probleme genannt wurden, kann als typisches Startproblem eines Modellprojekts gewertet werden, das noch keine „Daseinsberechtigung“ erworben hat und zudem Veränderungsbefürchtungen auf allen Seiten – vor allem bei den Einrichtungen - auslöst. Mit seinem Bildungsangebot für junge Menschen mit geistiger Behinderung hat InDiPro bei 65 jungen Erwachsenen für einige Monate in den bestehenden Prozess der Tagesstrukturierung eingegriffen und konstruktive „Störungen“ nach sich gezogen. Sowohl in den Einrichtungen als auch in den Elternhäusern brauchte es daher eine gewisse Zeit, um sich an InDiPro zu „gewöhnen“. Gleiches gilt für alle Mitarbeiter des InDiPro-Teams; sie konnten das Projekt erst nach und nach aufbauen und betraten organisatorisches und z.T. auch fachliches Neuland. Es soll an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass für die Mitarbeiter des InDiPro- Projekts am Anfang die große Herausforderung bestand, innerhalb kürzester Zeit alle für die interdisziplinäre Diagnose und das Individuelle Programm notwendigen Prozesse



aus dem israelischen Konzept für Deutschland zuzuschneiden und zu installieren. Da eine Umsetzung des israelischen Modells nicht ein zu eins möglich war, mussten viele Prozesse neu entwickelt und in das bestehende System der Versorgung behinderter Menschen installiert werden. Die guten Ergebnisse unserer Befragung am Ende des Projekts zeigen aber, dass diese Aufgabe im Laufe des Projekts sehr gut gelöst werden konnte.

Nach den guten Bewertungen des Projektverlaufs und der Entwicklungen der Teilnehmer ist es nicht verwunderlich, dass alle Befragten sich wünschen, dass InDiPro auch zukünftig Diagnostik und Bildung flächendeckend in ganz Deutschland anbieten können sollte. Dass die Eltern bzw. gesetzlichen Betreuer hierfür sogar eigene finanzielle Mittel z.B. aus einem persönlichen Budget einsetzen würden, kann u. E. vor allem auch auf die hohe Zufriedenheit den Ergebnissen des Projektverlaufs zurückgeführt werden.

Alles im Allem konnte InDiPro aufzeigen, dass es möglich ist, individuelle Bildungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung anzubieten, die eine verbesserte Lebensqualität, eine größere Selbstständigkeit, mehr Unabhängigkeit und die Erfüllung eigener Wünsche ermöglichen. U.E. kommt es dabei nicht darauf an, ob die Angebote im Elternhaus, in einer Wohnstätte oder einer Werkstatt stattfinden, sondern ob die Angebote den Wünschen und Möglichkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung gerecht werden können.

Unsere Ergebnisse können somit von allen Verantwortlichen als Anstoß für weitere Innovationen in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung genutzt werden. Hiervon angesprochen können sich vor allem jene Verantwortlichen fühlen, die die Wünsche und Möglichkeiten des Menschen mit Behinderungen im Vordergrund sehen möchten. Die vordringlichste Aufgabe stellt aber u. E. die Änderung der Einstellung und des Verhaltens aller Beteiligten, d.h., der praktische Vollzug des häufig beschworenen Paradigmenwechsels dar. Daher bleibt die Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen weiterhin vor allem eine Organisations- bzw. Personalentwicklungsaufgabe.

## 7.8 Literatur

- Bortz, J. / Döring N. (2002) Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin, Heidelberg, New York.
- Flick, U.; Kardoff, E. Steinke, I (Hg.) (2000) Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg.
- Garz, D. / Kraimer, K. (Hg.) (1991) Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen, Opladen, S. 441–471.
- Kelle, U. / Erzberger C. (2000) Qualitative und Quantitative Methoden: kein Gegensatz. In Flick, U.; Kardoff, E. Steinke, I (Hg.): Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg.
- Mayring, P. (1983) Qualitative Inhaltsanalyse, Weinheim und Basel.
- Meuser, M. / Nagel, U. (1991) Experteninterviews - – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: Garz, D. / Kraimer, K. (Hg.), Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen, Opladen, S. 441–471.
- Nickel, B. / Berger, M. / Schmidt, P. / Plies, K. (1995) Qualitative Sampling in a Multi-Method-Study - Practical Problems of Method Triangulation in Sexual Behavior Research. In: Quality and Quantity. Volume 29. S. 223-240.
- Schnell R. / Hill, P. / Esser, E. (1988) Methoden der empirischen Sozialforschung. München und Wien.

## 8 Resümee

*Maren Müller-Erichsen*

**„Jeder Mensch hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit ...“  
(§ 2, 1 GG)**

Ziel des vorliegenden Modellprojekts war es, den in Israel gesetzlich verankerten persönlichen Masterplan eines Menschen mit geistiger Behinderung in Form verschiedener **Individueller Programme (IP)** in Deutschland durchzuführen. Dabei lag das besondere Interesse auch an der **Interdisziplinären Diagnostik**, die dem IP vorgeschaltet ist. In Deutschland sind wir zwar verpflichtet gemäß § 58 SGB XII einen Gesamtplan (Masterplan in Israel) aufzustellen, um den individuellen Hilfebedarf festzustellen. Wir kennen aber in Deutschland keine standardisierte interdisziplinäre Diagnostik für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und keine systematischen Bildungspläne orientiert an den 10 von der WHO festgelegten Lebensbereiche. Die Ergebnisse des vorliegenden Modellprojekts zeigen auf, dass das israelische System den Menschen mit geistiger Behinderung befähigt auf Grund seiner Potenziale, in den verschiedenen Lebensbereichen und mit Hilfe angepasster Bildungsprogramme, mehr Selbstständigkeit und Teilhabe zu erlangen (siehe später).

In Kapitel 3 wird von Herrn Dr. I. Kandel und Frau Dr. H. Aminadaw nochmals das israelische Konzept des Masterplans vorgestellt, das sich eng an der 2001 von der WHO vereinbarten ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) orientiert.

In Kapitel 4 werden der Projektaufbau des Modellversuches sowie die Daten der Projektteilnehmer und Projektteilnehmerinnen (PT) dargestellt.

Bevor wir starten konnten, haben sich das Team und die Steuerungsgruppe intensiv mit der Umsetzung des israelischen Programms auseinandergesetzt, hat Texte, Fragebogen etc. übersetzt und in Israel hospitiert. Schlussendlich wurde ein Pretest mit einigen TeilnehmerInnen durchgeführt.

In Kapitel 5.1 erläutert Frau Dr. M. Lang den theoretischen Hintergrund des israelischen Konzeptes. Dabei kommt zum Ausdruck, dass die Einbeziehung des behinderten Menschen in die Phase der Interdisziplinären Diagnostik und das Individuelle Programm höchste Priorität hat. Ebenso weist sie auf die in Israel enge Verknüpfung der medizinischen, psychologischen und pädagogischen Professionen im Rahmen der Interdisziplinären Diagnostik hin. Während in Israel für jeden Menschen mit geistiger Behinderung ein alle Lebensbereiche umfassender Masterplan erstellt wird, der dann in verschiedene Individuelle Programme aufgeteilt wird, um Schritt für Schritt Teilziele zu erreichen, wird in Deutschland für den erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung der Masterplan (Gesamtplan) weniger systematisch umgesetzt. Frau Dr. M. Lang setzt sich insbesondere mit den unterschiedlichen, in den USA und Israel angewandten Testmethoden zur Feststellung einer geistigen Behinderung auseinander und stellt im Einklang mit Hofmann & Brachet (2002) fest, dass die Testdiagnostik für Personen mit geistiger Behinderung in Deutschland wenig entwickelt ist und dass wir auf Grund dessen in Deutschland auf diesem Gebiet wenig Erfahrung haben.

## **8.1 Ergebnisse der systematischen Erhebung von Daten**

### **8.1.1 Pädagogisch / Soziale Diagnostik**

Für die TeilnehmerInnen begann der Start in das Projekt mit dem **Erstgespräch**, an dem auch die Eltern bzw. die BetreuerInnen der Einrichtung teilnahmen. Die Eltern konnten über die bisherige Entwicklung ihrer Kinder berichten (Anamnese) und ihre Motivation, warum sie es für wichtig erachteten an dem Projekt teilzunehmen, darstellen. Im Anschluss an das Erstgespräch erhielten die Eltern bzw. BetreuerInnen einen Fragebogen, der die Fähigkeitspotenziale in den zehn von der WHO festgelegten Lebensbereichen abfragen sollte. Da wir die TeilnehmerInnen intensiv in die Gespräche einbezogen, war dieser Teil der Datenerhebung sehr zeitaufwendig. Zum Teil auch bedingt dadurch, dass die TeilnehmerInnen wenig oder keine Erfahrung mit einem derartigen Assessment hatten. Ein Zeichen dafür, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung in Deutschland noch zu selten nach ihren Fähigkeiten oder ihren Wünschen gefragt werden. Beeindruckend war dabei, dass die PT zum einen im Verlauf des Treffens gesprächiger wurden und zum anderen gegenüber den Eltern forderten, das Gespräch alleine zu führen.

In **Tabelle 4** sind alle Daten und der Ablauf der Datenerhebung dargestellt. Die Gruppe der Eltern war sehr daran interessiert, gefragt zu werden bzw. von der bisherigen Entwicklung des Sohnes / der Tochter zu berichten und dass genügend Zeit für dieses Gespräch eingeräumt wurde. Außerdem wurde von den Eltern die Wichtigkeit von InDiPro als unabhängige Instanz betont, was die Eltern dazu ermutigte, offener zu sprechen. Relativ kompliziert war es für die Eltern die Fragen des ABS-RC:2-Fragebogens zu beantworten. Dieser hat die Zielsetzung, im Bereich des adaptiven Verhaltens und der sozialen Kompetenzen Informationen über die relativen Stärken und Schwächen einer Person mit geistiger Behinderung zu erlangen. In Kapitel 5.2.1.1 setzt sich Frau Dr. M. Lang mit den Ergebnissen der ABS-RC:2 (Tabelle 5) auseinander, die u.a. zeigen, dass die TeilnehmerInnenstichprobe im Bereich des adaptiven Verhaltens als besonders heterogen beschrieben werden kann.

### **8.1.2 Medizinische Diagnose**

In den **Tabellen 6 und 7** sind die Ergebnisse der Medizinischen Untersuchung dargestellt, mit den Angaben zur Diagnose, Beeinträchtigung (z.B. sprachlich, psychisch), Epilepsie und chronischer Erkrankung. Häufigste Ursache der Behinderung waren genetische Syndrome ca. 35%, davon 19% Menschen mit Trisomie 21, gefolgt von peri- und früh postnatalen Störungen (27%). Eine zusätzliche Beeinträchtigung (Mehrfachbehinderung) wurde insbesondere im visuellen (40%), im sprachlichen (83%) und im psychischen (51%) Bereich festgestellt. Folgende somatische Befunde (chronische Erkrankungen) wurden registriert: z.B. Übergewicht 30%, Zahnfehlstellungen 37%, orthopädische Störungen 84%. Diese Ergebnisse sind durchaus besorgniserregend und deuten auf eine mangelhafte gesundheitliche Vorsorge hin. Auf Grund der vorliegenden medizinischen Befunderhebung habe ich als Vorsitzende der Lebenshilfe Gießen in der Limeswerkstatt (WfbM) gemeinsam mit dem Betriebsarzt bei allen behinderten MitarbeiterInnen (200 Personen) einen Sehtest durchführen lassen. Das Ergebnis war, dass **mehr als die Hälfte** der getesteten Personen ein eingeschränktes Sehvermögen (Lebenshilfe-Zeitung 3/05) haben. Die Eltern/gesetzlichen BetreuerInnen wurden daraufhin informiert und aufgefordert einen Facharzt aufzusuchen.

Besorgniserregend ist ebenso der hohe Anteil (83%) der sprachlich beeinträchtigten Menschen mit geistiger Behinderung. Hier kann gefragt werden ob LogopädInnen, HausärztInnen, Schule und wohl auch das Elternhaus etwas versäumt haben oder ob die Beeinträchtigung so manifest ist, dass eine Verbesserung der Sprache nicht möglich war. Ich hege hier meine Zweifel und wünschte mir, dass die Menschen mit geistiger Behinderung auch im erwachsenen Alter mehr Möglichkeiten einer logopädischen Behandlung hätten, leider gibt unser heutiges Gesundheitssystem dieses nicht her.

In seinen Ausführungen zu den Konsequenzen der medizinischen Diagnostik weist Herr Dr. G. Neuhäuser insbesondere auf die Notwendigkeit hin, dass Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensproblematiken angemessen mit Psychopharmaka behandelt werden, d.h. es muss zur Sicherung der Diagnose durch Psychiater kommen und bedarf der fachlichen Beratung der pädagogischen MitarbeiterInnen, um zu vermeiden, dass Verhaltensproblematiken durch vorschnelle Medikamentengabe, z.B. von Neuroleptica, behandelt werden. Weiterhin mahnt Herr Dr. Neuhäuser an, dass es dringend zu einer Verbesserung der medizinischen Vorsorge und hier zu einer Koordination zwischen HausärztInnen und FachärztInnen sowie dem Elternhaus und der Einrichtung kommen muss. Ebenso hat sich gezeigt, dass es in den Einrichtungen keine einheitliche Berichterstattung zum Entwicklungsverlauf bzw. zur Befunderhebung gibt, bis dahin, dass gar keine Unterlagen vorhanden waren. Von daher wird ein verbindliches, möglichst einheitliches Dokumentationssystem der wichtigsten gesundheitlichen und entwicklungspsychologischen Daten eingefordert.

### **8.1.3 Psychologische Diagnostik**

Die Problematiken der psychologischen Diagnostik werden in den Kapiteln 5.2.3 ff. von Frau Dr. M. Lang und Frau A. Pahlich ausführlich diskutiert. In Israel geht man mit den methodischen Problemen pragmatisch um, d.h. die PsychologInnen nutzen diverse Testmethoden, um zu verlässlichen Ergebnissen zu kommen. Ein Vorteil dieses Verfahrens in Israel ist dabei, dass die Tests nur von erfahrenen DiagnostikerInnen durchgeführt werden, die als unabhängige Teams in den verschiedenen Regionen Israels tätig sind. Im InDiPro-Projekt haben wir entschieden, mit den in **Tabelle 8** aufgeführten Tests zu arbeiten: u.a. K-ABC,

vollständig und teilweise, Bender-Visual-Motor-Gestalt-Test, teilweise mit den Bayley-Scales sowie mit dem House-Tree-Person-Test (HTP) bzw. mit Bildtafeln (TAT). Die Durchführung der Tests hat zum Teil erheblich viel Zeit gekostet, zum einen, weil die TeilnehmerInnen die Fragen nicht verstanden haben oder auch weil sie mit der besonderen Situation nicht umgehen konnte. Auf jeden Fall spielte auch die aktuelle Tagesform eine große Rolle, manche TeilnehmerInnen hatten Hemmungen zu antworten und bei einigen musste erst eine Beziehung zwischen Psychologin und TeilnehmerIn wachsen. Letztendlich haben wir uns gefragt inwiefern das erhaltene Profil der K-ABC den Anspruch erhebt die kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten valide abzubilden. Brauchen wir evtl. andere Methoden? In Kapitel 5.2.3.1 erläutert Frau Dr. M. Lang die Ergebnisse der Anwendung der Kaufmann-Assessment-Battery for children (K-ABC) und stellt fest, dass mit den Ergebnissen der Tests verbunden mit weiteren Informationen und Verhaltensbeobachtung „evtl. erste wichtige Hinweise herausgearbeitet werden können, die bei der Begleitung im Rahmen eines Individuellen Bildungsprogramms berücksichtigt werden sollten.“

## 8.2 Die Auswertung der Daten

Zur Auswertung der Daten traf sich das Team mit dem Mediziner Herrn Dr. G. Neuhäuser. In diesem Interdisziplinären Teamgespräch wurden alle Daten einer jeder Teilnehmerin / eines jeden Teilnehmers zusammengetragen und in einem ausführlichen Bericht dokumentiert. In dieser Sitzung wurden aber auch gemeinsam Empfehlungen formuliert, die grundsätzlich das Ziel hatten, die Selbstständigkeit der TeilnehmerInnen in bestimmten Teilbereichen zu erhöhen. Sie waren unterteilt in

- allgemeine Empfehlungen
- medizinisch-therapeutische Empfehlungen
- Empfehlungen zu den 10 Lebensbereichen

In den **Tabellen 12 und 13** sind die Empfehlungen zahlenmäßig abgebildet. Die Ergebnisse können hier im Einzelnen nicht aufgeführt werden.

In dem **Diagnostikabschlussgespräch** wurden den TeilnehmerInnen und ihren Eltern die Ergebnisse der Diagnostik und die Empfehlungen in einfacher Sprache vorgetragen, aber auch in Form eines ausführlichen Berichtes ausgehändigt

(Beispielbericht im Anhang). Gleichzeitig wurden Empfehlungen für ein **Individuelles Programm** ausgesprochen. Grundlage für diese Empfehlungen waren die Fähigkeitspotenziale, die das Team in den verschiedenen Lebensbereichen festgestellt hatte und die nach den Wünschen der TeilnehmerInnen erweitert werden sollten. Es wurden aber auch Empfehlungen im medizinischen und therapeutischen Bereich ausgesprochen. Die Erfahrung bei der Durchführung des Diagnostikabschlussgespräches war für alle Beteiligten durchaus positiv. Die Eltern waren dankbar für eine objektive „neutrale“ von einem unabhängigen Gremium erstellte Einschätzung der Fähigkeiten. Die TeilnehmerInnen empfanden es als durchweg positiv, dass sie in die Diskussion einbezogen wurden und ihre Wünsche bei der Themenauswahl Priorität hatten. Hier konnte auch festgestellt werden, dass nach mehrfachen Settings mit den Teammitgliedern die Menschen mit geistiger Behinderung auffallend mehr Mut entwickelten, sich persönlich zu äußern und ihre Wünsche zu artikulieren. Die Eltern wurden aufgefordert, den Abschlussbericht den Einrichtungen zu überlassen, damit diese auch von den Erkenntnissen der Diagnostik erfuhren und das folgende Individuelle Programm, das der behinderte Mensch selbst ausgewählt hatte, kannten. Damit war es auch möglich – häufig erstmals – eine Vernetzung des Umfeldes der TeilnehmerInnen zu initiieren.

### **8.3 Das Individuelle Programm**

In Israel werden die Empfehlungen für das Individuelle Programm an die Einrichtungen weitergegeben, die dann verpflichtet sind, das Individuelle Bildungsprogramm durchzuführen. Für diese Umsetzung erhalten die Einrichtungen in Israel eine gesonderte Personalstelle. Im Rahmen des InDiPro-Projektes war es vorgesehen, dass StudentInnen der Pädagogik, die vom Team supervidiert wurden, die Lernprogramme durchführen. Sie erhielten dazu Vorgaben für eine ausführliche Dokumentation, die sie nach jedem Treffen ausfüllten.

#### **Grundpfeiler des IP waren:**

- individuelle Themenwahl
- individuelle Anpassung der Bildungsmethodik und -didaktik
- individuelle Orientierung an der Lebenswelt und dem Alltag der TeilnehmerInnen



In zwei Stunden in der Woche trafen sich die StudentInnen mit den TeilnehmerInnen, entweder im häuslichen Umfeld oder aber auch in den Einrichtungen. Die ProjektteilnehmerInnen nahmen diese Termine sehr ernst und genossen es offensichtlich, dass sie in dieser Zeit im Mittelpunkt des Geschehens standen und einen Menschen für sich alleine hatten, was auch sehr stark die Lernbereitschaft unterstützte. In **Tabelle 14** sind die Themenbereiche der Individuellen Programme aufgeführt. Auffallend ist, dass der Themenbereich Arbeit nicht gewählt wurde, sicherlich weil sie in diesem Bereich für ihre derzeitige Arbeit gut ausgebildet sind und weil ihre Motivation von dem Willen, mehr Selbstständigkeit zu erlangen z.B. im Bereich Bildung, Freizeit und tägliches Leben, besonders ausgeprägt war.

Im **Kapitel 6** sind von Herrn T. Bauer und Frau A. Pahlich die Ergebnisse und Erfahrungen der IP aus den 10 Lebensbereichen ausführlich mit einzelnen Beispielen verschiedener TeilnehmerInnen beschrieben. **Tabelle 15** zeigt z.B. das Protokoll des IP-Busfahrens. Mit Hilfe dieses Protokolls wurde der Prozess des Busfahrens in Teilschritte zerlegt, um den jeweiligen Hilfebedarf abzubilden. Daraus konnten dann erste Ansatzpunkte für das weitere Vorgehen abgeleitet werden. In diesem Kapitel werden viele Beispiele aufgeführt, die einerseits die Fähigkeitspotenziale der Menschen mit geistiger Behinderung aufzeigen und andererseits den Nachweis erbringen, dass Menschen mit geistiger Behinderung die Lernbereitschaft haben, diese Potenziale auszubauen, um ihr Leben selbstständiger zu gestalten und dieses Ziel auch erreichen.

Frau Derucki (2005) hat in ihrer Diplomarbeit eindrucksvoll dargestellt, welchen Einfluss ihre Arbeit mit einer Bewohnerin auf die gesamte Einrichtung hatte. Es handelt sich hier um eine Einrichtung in der vorwiegend junge Menschen mit schweren Behinderungen betreut und gepflegt werden. Das Thema „gute Versorgung“ stand im Mittelpunkt der Einrichtung. Durch die Arbeit der IP-Begleiterin rückte der Gedanke der Selbstbestimmung immer mehr in den Vordergrund bis dahin, dass sich die Empfehlungen von InDiPro auf ein Umdenken aller BetreuerInnen auswirkten, insbesondere im Bereich Selbstbestimmung und Integration.

## 8.4 Evaluationsgespräche

4 - 6 Wochen nach dem Start der Individuellen Programme fand das erste Evaluationsgespräch statt, welches später alle 3 – 6 Monate wiederholt wurde. An dem Gespräch nahmen der / die TeilnehmerIn, die Eltern/gesetzliche BetreuerIn, MitarbeiterInnen der Einrichtung, die IP-BegleiterIn und ein Teammitglied teil. Inhalt der Gespräche waren der Ablauf des IP, die Zufriedenheit, die Beobachtungen des Umfeldes und natürlich der Lernfortschritt. Im ersten Evaluationsgespräch wurde auch nochmals überprüft, ob das Programm korrekt gewählt wurde oder ob es Änderungswünsche von Seiten der ProjektteilnehmerIn gab. Deutlich zeigte sich in den Evaluationsgesprächen, dass von allen TeilnehmerInnen Lernfortschritte in den gewählten Themenbereichen erzielt wurden und dass die TeilnehmerInnen motiviert waren, weitere Schritte zu gehen bzw. neue Themenbereiche zu wählen. Offensichtlich hat der Aufbau einer positiven Beziehung zwischen IP-BegleiterIn und TeilnehmerIn, der respektvolle Umgang und die Begegnung in gleicher Augenhöhe dazu beigetragen, dass die TeilnehmerInnen mehr Selbstbewusstsein entwickelt haben und auf Grund dessen in ihrer Entscheidungskompetenz wesentlich gestärkt wurden. Die folgenden Evaluationsgespräche haben diese Einschätzung immer wieder bestätigt.

## 8.5 Ergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung

Frau Dr. B. Nickel und Frau A. Wächtershäuser vom Institut für empirische und angewandte Sozialforschung e.V. an der Universität Gießen, haben den Gesamtverlauf des Projektes begleitet und mit Hilfe der formativen und summativen Evaluation Erfahrungen und Bewertungen der untersuchten Gruppen in **Kapitel 7** dargestellt. Dies geschah durch schriftliche Befragungen der Eltern und MitarbeiterInnen in den Einrichtungen mit Fragebögen. Die TeilnehmerInnen wurden in face-to-face Interviews auf der Grundlage eines Gesprächsleitfadens befragt. Die Einzelergebnisse der Eltern- und ExpertInnenbefragungen sind in den **Tabellen 16 und 17** und **Abbildungen 3 bis 35** dargestellt, ebenso eine Auswahl von Interviews mit den TeilnehmerInnen. Hervorheben möchte ich an dieser Stelle, dass fast alle Befragten (97%) den Stellenwert der Interdisziplinären Diagnostik und des Individuellen Programms als wichtig oder sehr wichtig bewertet haben, ebenso die Untersuchung der Kompetenzen in den 10 Lebensbereichen. Ähnliche Ergebnisse

erhalten wir bei der Befragung nach dem Ablauf der Individuellen Programme. Auf die Frage, ob das InDiPro-Projekt in ganz Deutschland etabliert werden soll, antworteten 97% aller Befragten mit ja, d.h. die Interdisziplinäre Diagnostik, wie auch das Individuelle Programm werden sehr positiv bewertet. Hier zeigt sich, dass die befragten ExpertInnen und Eltern eine Fortentwicklung der Kompetenzen der Menschen mit Behinderung in den Bereichen Kommunikation, Selbstbestimmung und Bildung im Kontext des Partizipationsgesetzes (SGB IX) sehr stark unterstützen. Auch die TeilnehmerInnen des Projektes betonten ihre positive Erfahrung und bewerten das Ergebnis ihrer Teilnahme mit gut bis sehr gut.

Auf die Frage nach der Finanzierung der Interdisziplinären Diagnostik und der Durchführung des IP in der Zukunft, sind ca. 12% der Eltern bereit, sich finanziell zu beteiligen, während sie auf der anderen Seite vorschlagen, dass sich Krankenkassen und Sozialhilfeträger finanziell beteiligen.

### **8.6 Schlussbemerkung**

Die Ergebnisse des Modellversuches zeigen auf, dass Menschen mit geistiger Behinderung ihre Fähigkeitspotenziale ausbauen können und dass sie mit Unterstützung mehr Selbstbestimmung und Teilhabe erlangen können. Mit dieser Erkenntnis ist zu hinterfragen, ob das derzeit relativ statische System der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu hinterfragen ist. Wir haben uns in Deutschland noch nicht von der einrichtungsbezogenen Finanzierung gelöst, d.h. es ist zu überprüfen, ob eine flexiblere individuell orientierte Finanzierung und Begleitung im Sinne der Selbstbestimmung und Teilhabe der Menschen mit geistiger Behinderung eine sinnvolle Alternative ist, z.B. durch das „Trägerübergreifende Persönliche Budget“.

Auf Grund der Erfahrungen des Modellversuchs sprechen wir uns für folgende Empfehlungen aus:

- Die frühkindliche, schulische und die Bildung für Erwachsene im Sinne der Selbstbestimmung und Teilhabemöglichkeiten auszubauen.

- Geeignete Assessmentverfahren (Standards) zu entwickeln, die den Menschen mit geistiger Behinderung befähigen, seine Potenziale zu erkennen und diese weiter zu entwickeln.
- Das System der ICF zur Grundlage der Rehabilitation einzusetzen.
- Flexible Angebote im Bereich Arbeit und Wohnen zu entwickeln, um dem Menschen mit geistiger Behinderung Wahlmöglichkeiten aufzuzeigen.
- Individuelle Lebensplanung / Zukunftsplanung des Menschen mit geistiger Behinderung zu unterstützen.

Daraus ergeben sich für das deutsche **System der Rehabilitation** folgende **Forderungen**:

- Eine gesundheitliche Vorsorge bzw. die Überprüfung des Gesundheitszustandes, in Abständen von etwa fünf Jahren, sollte verpflichtend sein. Es kann sich z.B. ergeben, dass ein Mensch mit geistiger Behinderung durch das Hilfsmittel einer Brille weniger Hilfebedarf hat, d.h. die Kostenverteilung sollte neu überdacht werden.
- Die Wissenschaft sollte sich bemühen, ein angepasstes Diagnostiksystem zu entwickeln, das für alle Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere erwachsene Menschen, geeignet ist.
- Ein erfahrenes unabhängiges Diagnostikteam sollte in jeder Region tätig werden können.
- Die Schulen für Menschen mit geistiger Behinderung müssen ihre SchülerInnen auf ein selbstbestimmtes Leben vorbereiten. Im Curriculum und bei der Binnendifferenzierung ist darauf zu achten, die Fähigkeitspotenziale zu erkennen und auszubauen und Menschen mit geistiger Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, und zwar in allen Lebensbereichen, vorzubereiten.
- Die Werkstätten sind aufgerufen, diesen Ansatz der Bildung insbesondere im Berufsbildungsbereich aufzugreifen und fortzuentwickeln.
- Angebote der Beruflichen Bildung und der Beschäftigung außerhalb der WfbM's sind zu entwickeln, um Wahlmöglichkeiten für den Menschen mit geistiger Behinderung anzubieten.
- In den Einrichtungen ist anzustreben, für jeden Menschen mit geistiger Behinderung ein Individuelles Bildungsprogramm zu entwickeln.

Abschließend kann ich konstatieren, dass der im Antrag formulierte Ansatz „wir glauben an die dynamische Entwicklung eines Menschen mit geistiger Behinderung“ kein Irrglaube ist, sondern in diesem Modellversuch eindrucksvoll bestätigt wurde.

Für die Zukunft wünsche ich mir für die Menschen mit geistiger Behinderung mehr individuelle Bildung und Unterstützung, etwa im Sinne des InDiPro Ansatzes.

## 9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Herkunftsregionen der TeilnehmerInnen .....	28
Abbildung 2 Urkunde für einen Teilnehmer .....	134
Abbildung 3 Elternbefragung 2004: Gründe für die Teilnahme an InDiPro .....	187
Abbildung 4 Expertenbefragung 2004: Gründe für die Teilnahme an InDiPro .....	188
Abbildung 5 Elternbefragung 2004: Relevanz der Interdisziplinären Diagnostik ....	189
Abbildung 6 Elternbefragung 2005: Wichtigkeit des Individuellen Programms .....	190
Abbildung 7 Expertenbefragung 2004: Wichtigkeit des Individuellen Programms..	191
Abbildung 8 Elternbefragung 2004: Einschätzung der Diagnostischen Phase .....	192
Abbildung 9 Elternbefragung 2005: Einschätzung der Empfehlungen.....	193
Abbildung 10 Elternbefragung 2004: Umsetzung des Individuellen Programms ....	195
Abbildung 11 Elternbefragung 2005: Umsetzung des Individuellen Programms ....	195
Abbildung 12 Expertenbefragung 2004: Umsetzung des Individuellen Programms	196
Abbildung 13 Expertenbefragung 2005: Umsetzung des Individuellen Programms	196
Abbildung 14 Elternbefragung 2005: Einschätzung Individuelles Programm .....	198
Abbildung 15 Expertenbefragung 2005: Einschätzung Individuelles Programm ....	199
Abbildung 16 Elternbefragung 2005: Veränderung durch Individuelles Programm	200
Abbildung 17 Expertenbefragung 2005: Veränderung durch Individuelles Programm .....	200
Abbildung 18 Elternbefragung 2005: Veränderung durch Individuelles Programm	201
Abbildung 19 Expertenbefragung 2005: Veränderung durch Individuelles Programm .....	201
Abbildung 20 Elternbefragung 2005: Zufriedenheit mit InDiPro-Elementen .....	203
Abbildung 21 Expertenbefragung 2005: Zufriedenheit mit InDiPro-Elementen .....	204
Abbildung 22 Elternbefragung 2005: Einführung in Deutschland .....	205
Abbildung 23 Expertenbefragung 2005: Einführung in Deutschland .....	206
Abbildung 24 Elternbefragung 2005: Relevanz der InDiPro-Elemente .....	207
Abbildung 25 Expertenbefragung 2005: Relevanz der InDiPro-Elemente .....	207
Abbildung 26 Elternbefragung 2005: Durchführung des Individuellen Programms.	208
Abbildung 27 Expertenbefragung 2005: Durchführung des Individuellen Programms .....	209
Abbildung 28 Elternbefragung 2005: Finanzierung Diagnostik.....	210
Abbildung 29 Expertenbefragung 2005: Finanzierung Diagnostik.....	210
Abbildung 30 Elternbefragung 2005: Finanzierung Individuelles Programm .....	211

Abbildung 31 Expertenbefragung 2005: Finanzierung Individuelles Programm .....	211
Abbildung 32 Elternbefragung 2005: Zahlungsbereitschaft für Diagnostik .....	212
Abbildung 33 Elternbefragung 2005: Zahlungsbereitschaft für Individuelles Programm .....	213
Abbildung 34 Elternbefragung 2005: Finanzierung durch ein Persönliches Budget	214
Abbildung 35 Multiperspektivischer Forschungsansatz „Blumenmodell“ .....	217

## 10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Alter der TeilnehmerInnen .....	23
Tabelle 2 Wohn- und Tagesstruktur der TeilnehmerInnen .....	24
Tabelle 3 Stammdaten der TeilnehmerInnen.....	27
Tabelle 4 Systematische Erhebung von Daten.....	47
Tabelle 5 Standardwerte ABS-RC:2 .....	69
Tabelle 6 Medizinische Ergebnisse .....	72
Tabelle 7 Medizinische Untersuchung.....	76
Tabelle 8 Psychologische Testverfahren .....	84
Tabelle 9 Psychologische Testverfahren.....	86
Tabelle 10 K-ABC Rohwerte.....	90
Tabelle 11 K-ABC Skalenwerte .....	95
Tabelle 12 Allgemeine und medizinisch/therapeutische Empfehlungen .....	108
Tabelle 13 Empfehlungen zu den 10 Lebensbereichen.....	109
Tabelle 14 Themenbereiche der Individuellen Programme .....	135
Tabelle 15 Beobachtungsprotokoll Busfahren .....	153
Tabelle 16 Verteilung der Befragung .....	185
Tabelle 17 Befragungsgruppen .....	218



## **11 Anhang**

Beispiel: Bericht zur interdisziplinären diagnostischen Phase mit Empfehlungen und Vereinbarungen

**BERICHT**  
**ZUR INTERDISZIPLINÄREN DIAGNOSTISCHEN PHASE**  
**MIT EMPFEHLUNGEN UND VEREINBARUNGEN**  
**FÜR**

**Bärbel GROß\***

geboren am --.--.---- in XXX

Adresse:

XXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXX

Erwartungen an das Projekt:

Bärbel Groß äußert sich nicht zu der Frage, ob sie gerne in einem Bereich noch mehr lernen möchte.

Der Vater wünscht sich, dass seine Tochter den Umgang mit Geld und das Telefonieren erlernt. Insgesamt solle sie selbstständiger werden, da sie irgendwann allein für sich sorgen soll.

\* Name wurde geändert.

## I BIOGRAPHISCHE DATEN

*Die Angaben stammen vom Vater und aus Aktenberichten.*

Bärbel Groß ist eine 24jährige junge Frau. Sie ist von relativ kleiner körperlicher Statur und trägt eine Brille mit dicken Gläsern. Ihre äußere Erscheinung ist gepflegt. Sie wirkt etwas älter, als es ihrem chronologischen Alter entspricht. Sie hat einen Gehfehler und läuft sehr langsam. Sie folgt Gesprächen aufmerksam, spricht sehr wenig und etwas verwaschen.

Bärbel Groß ist Einzelkind und lebt mit ihren Eltern in XXX in einem Einfamilienhaus. Die Familie lebte bis zu ihrem vierten Lebensjahr in XXX, dem Geburtsland der Mutter. Danach zog sie nach Deutschland. Der Vater ist berufstätig, die Mutter ist nicht erwerbstätig. Seit ihrem neunzehnten Lebensjahr wird Bärbel Groß von ihrem Vater in allen Bereichen gesetzlich vertreten.

Bärbel Groß wurde zwei Wochen vor errechnetem Geburtstermin geboren. Gewicht und Größe lagen im unteren Bereich, die Apgarwerte waren kritisch (6/7/7). Zudem wurden beim Neugeborenen Stoffwechselstörungen, kardiologische Probleme und eine Anämie diagnostiziert. Bärbel Groß wurde daraufhin für fünf Wochen intensivmedizinisch betreut.

Sie wurde während ihres ersten Lebensjahres zweimal für mehrere Wochen in einer Kinderklinik aufgenommen, um medizinische Probleme und Entwicklungsstörungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Die Symptome konnten keinem Krankheitsbild zugeordnet werden, es bestand jedoch der Verdacht auf mitochondriale Myopathie.

Der Vater berichtet, dass die Sprach- und körperliche Entwicklung im Kleinkindalter insgesamt langsam verlaufen sei und dass das Kind einen schwachen Muskeltonus gehabt habe. Es wird über häufige Stürze und Platzwunden berichtet. Bärbel Groß konnte mit zwei Jahren frei sitzen und im Alter von drei Jahren laufen. Bis zu ihrem vierten Lebensjahr wurde sie einmal wöchentlich von einer „Fachkraft gefördert“ (Inhalte sind nicht mehr bekannt).

Nachdem die Familie nach Deutschland gezogen war, wurde Bärbel Groß auf Anraten ihres behandelnden Arztes in eine integrative Kindertagesstätte aufgenommen. Dort erhielt sie Maßnahmen der Frühförderung. Der Vater berichtet, ihre Entwicklung sei ab diesem Zeitpunkt besser verlaufen. Mit fünf Jahren war die Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen.

Im Alter von sieben Jahren wurde Bärbel Groß in eine PB-Schule eingeschult. Sie wird in Zeugnissen als kontakt- und lernfreudige Schülerin beschrieben.

Nach Beenden der Schulzeit im Jahr 2000 wechselte sie im Alter von neunzehn Jahren in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Bevor sie in ihrer jetzigen Arbeitsgruppe tätig wurde, besuchte sie zunächst für zwei Jahre den dortigen Berufsbildungsbereich. Im Zwischenbericht wird sie als kontaktfreudige, motivierte und akzeptierte Mitarbeiterin beschrieben.

Seit ihrer Kindheit hat sie regelmäßig Physiotherapie erhalten, diese wird seit einem Jahr von der Krankenkasse nicht mehr bewilligt. Die Therapie wurde eingestellt.

Wegen Akne befindet sich Bärbel Groß in hautärztlicher Behandlung. Sie nimmt außer einer Hautsalbe keine verschreibungspflichtigen Medikamente.

Bärbel Groß trug zeitweilig ein Hörgerät. Seit sie in der WfbM arbeitet, trägt sie es nicht mehr, da auch die Maschinengeräusche sehr verstärkt werden.

Derzeit wird über keine körperlichen Beschwerden berichtet.

## II MEDIZINISCHE BEURTEILUNG

*Die Untersuchung erfolgte am --.--.--.*

### **Somatischer Befund**

Relativ klein, etwas adipös. Größe 150 cm, Gewicht 50 kg., Appetit sehr gut, Schlaf gut. In der Vergangenheit zeitweise Hörgeräte.

Haut blass, zahlreiche Narben nach Stürzen an der Stirn, Aknenarben und einzelne Aknepusteln im Gesicht, ausgeprägte Akne am Rücken mit vielen Narben, Narben nach Muskelbiopsie an den Oberschenkeln. Schütteres, feines Haar.

Leicht zyanotische Fingerspitzen und Zehen. – Kopfumfang 52 cm, brachycephale Form, relativ hohe Stirn. Längliches Gesicht, mimikarm. Schmale Lidspalten, spitze innere Lidwinkel, linkes Auge etwas mehr vorstehend, Augenabstand 30mm, leichter Strabismus, Myopiebrille. Ohrmuscheln normal geformt. Nase unauffällig, Nasenatmung frei. Philtrum relativ breit. Lippen schmal. Gebiss unregelmäßig, mangelnde Okklusion bei leichtem Unterbiss, relativ hoher Gaumen, Tonsillen mittelgroß. Keine vergrößerten Lymphknoten, Schilddrüse nicht tastbar. Wirbelsäule gerade, vermehrte Lendenlordose. Muskeln schwächig. Thorax normal geformt, Schulter- und Beckengürtel normal. Arme schwächig, Gelenke überstreckbar, Hände und Finger klein, Handfurchen deutlich ausgeprägt.

Über Herz und Lungen kein pathologischer Befund. Abdomen vorgewölbt, Leber und Milz nicht tastbar vergrößert. Kniegelenke überstreckbar. Deutliche Fußdeformität mit Sichel- und Klumpfußstellung (Pes varus et adductus), keine Kontraktur, kleine Füße und Zehen.

### **Neurologischer Befund**

Geringer Strabismus. Sprechen undeutlich, dysarthrisch, relativ hohe Stimme, Dysgrammatismen. – Muskeltonus vermindert, Muskeleigenreflexe der Arme schwach bis nicht auszulösen, Beine normal, keine pathologischen Reflexe. Verminderte Muskelkraft. Soweit zu beurteilen keine Störung der Oberflächen- oder Tiefensensibilität. Bauchhautreflexe nicht auszulösen. Stehen breitbeinig mit vermehrter Lordose und Hyperextension der Knie. Einbeinstand kurz. Gehen unsicher, mangelndes Abrollen der Füße, vor allem rechts (Fuß wird zunächst mit dem Zehenballen aufgesetzt), etwas nach innen rotiert. Hüpfen ungelenk bipedal kurz möglich. Vorstrecken der

Arme ohne Unruhe, dystone Fingerstellung. Diadochokinese und Fingeropposition langsam, Finger-Nase- und Finger-Finger-Versuch etwas unsicher.

### **Diagnose**

Kleinwuchs, mäßige Adipositas. Hypotonie und Schwäche der Muskulatur wohl infolge einer mitochondrialen Myopathie (genauere Zuordnung trotz mehrfach durchgeführter Muskelbiopsie nicht möglich). – Kurzsichtigkeit, Verdacht auf Schwerhörigkeit, Sprach- und Sprechstörung. Motorische Dyskoordination, besonders der Grobmotorik Fußdeformität. Akne cystica.

## **III VERHALTEN UND EMOTIONALE ASPEKTE**

Bärbel Groß wirkt emotional ausgeglichen, im Kontakt wirkt sie eher antriebsarm. Die Reaktionen sind im allgemeinen langsam, mitunter verzögert.

Disharmonie oder Streit in der Gruppe nimmt sich Bärbel Groß manchmal sehr zu Herzen. Es kann vorkommen, dass sie aus diesem Grund weint, auch wenn sie nicht unmittelbar in den Streit involviert ist.

Es scheint, als sei in der WfbM nichts über ihre Muskelschwäche bekannt. Es wird berichtet, dass man in der Werkstatt mangelnde körperliche Belastbarkeit auf Kreislaufprobleme oder eine Schilddrüsenerkrankung zurückführt.

## **IV PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE**

*Sitzung am --.------*

*Es wurde die K-ABC und der Bender Gestalt Test durchgeführt.*

### **Verhalten und Ergebnisse**

Bärbel Groß spricht sehr wenig. Wenn sie spricht, dann in kurzen Sätzen, grammatikalisch nicht immer korrekt (Fehler bei den Artikeln), die Aussprache ist verwaschen.

Sie gibt sich eher zurückhaltend und es entsteht der Eindruck, dass sie mehr weiß, als es zunächst den Anschein erweckt. Zum Beispiel antwortet sie am Anfang der Stunde auf die Frage nach ihrem Alter, dass sie dieses nicht wisse. Zu einem späteren Zeitpunkt beantwortet sie die Frage nach ihrem Geburtsdatum und teilt auch ihr Alter mit. Sie versteht mündliche und schriftliche Anweisungen. Nach einem mündlichen Arbeitsauftrag dauert es manchmal eine Weile, bis sie diesen umsetzt, so dass zuerst der Eindruck entstehen kann, sie hätte die Aufgabe inhaltlich oder akustisch nicht verstanden. Schriftliche Anweisungen setzt sie sofort um.

Ihre Kooperation ist ausgezeichnet. Sie nähert sich mit den Augen extrem den zu bearbeitenden Aufgaben, so dass der Eindruck entsteht, die Sehfähigkeit könnte eingeschränkt sein.

Sie verfügt über eine gute Konzentrationsfähigkeit und ein ausgesprochen gutes Durchhaltevermögen bei den kognitiven Aufgaben.

Sie ist sehr bemüht, die gestellten Aufgaben gut zu bewältigen. Die Arbeitsweise ist sorgfältig, welches auf Kosten der Schnelligkeit geht. Wenn sie einen Fehler macht versucht sie, diesen zu korrigieren.

Im Untertest „Handbewegungen“ hat sie Schwierigkeiten, der Arbeitsanweisung nachzukommen. Sie imitiert die Handbewegungen während der Demonstration und wartet nicht, bis die Demonstration abgeschlossen ist.

Die Feinmotorik ist recht gut, wobei die rechte Hand dominiert. Sie schreibt ihren Namen in großen Druckbuchstaben.

Aus den Testergebnissen geht hervor, dass Bärbel Groß' Problemlösestrategien und die Art und Weise, wie sie Informationen verarbeitet, sich eher auf Fähigkeiten zum ganzheitlichen Denken stützen. Dieses Ergebnis kommt vor allem durch eine signifikante Stärke im Untertest „Gestaltschließen“ zustande. Dieser Untertest steht unter anderem auch für gute Fähigkeiten innerhalb des visuell-sprachlichen Bereichs. Visuelle Details, die gleichzeitig auftreten, vermag sie zu einem sinnvollen Ganzen zu integrieren. Dieser Untertest ist zusammen mit anderen Untertests (z.B. „Gesichter und Orte“) ein Indikator für eine allgemeine Aufgeschlossenheit gegenüber der Umwelt. Beim Untertest „Gestaltschließen“ sind die optischen Reize relativ groß und kontrastreich. Bei anderen Untertests, die kleinere optische Reize enthalten und seriell angeboten werden, schneidet sie relativ schlechter ab.

Die Leistungen in den Untertests, die intellektuelle Fertigkeiten betreffen, sind signifikant höher als die Leistungen in den Untertests, die der Intelligenzmessung dienen. Dieses Ergebnis reflektiert eine reichhaltige, frühkindliche Umwelt und spricht dafür, dass vorhandene intellektuelle Potenziale gut genutzt werden.

Eine besondere Stärke zeigt sich in ihrer Lesefertigkeit. Sie ist in der Lage, vollständige Sätze zu lesen und zu verstehen.

Hervorzuheben ist das Ergebnis im Untertest „Gesichter und Orte“, das für eine Stärke des Langzeitgedächtnisses und einen hohen Grad an Allgemeinwissen im visuell-sprachlichen Bereich steht. Besonders in Themen, die Geografie und Sehenswürdigkeiten betreffen, zeigt sie ihr Wissen.

Sie ist in der Lage, sich drei vorgesagte Ziffern zu merken und zu wiederholen.

Sie zählt und liest Zahlen. Sie hat Schwierigkeiten, Rechentextaufgaben im Zehnerbereich zu lösen.

Mit Unterstützung ist sie in der Lage, Items aus dem Untertest „Fotoserie“, der serielles Denken erfordert, zu lösen. Hier zeigt sich, dass sie recht schnell Ursache-Wirkungsgefüge erlernen kann.

Die Denkprozesse sind auf niedrigem abstraktem Niveau. Das konzeptuelle Denken ist eher schwach ausgeprägt.

## V VERHALTEN IN VERSCHIEDENEN LEBENSBEREICHEN

*Zusammenfassung der Ergebnisse, die unter anderem gewonnen wurden: während eines Interviews mit Bärbel Groß; mittels eines Fragebogens, der von den Eltern ausgefüllt wurde; mit Hilfe der deutschen Übersetzung des amerikanischen Verhaltensinventars „Adaptive Behavior Scale RC:2“; und in einem Gespräch, das mit dem Sozialdienst und der Gruppenleiterin in der WfbM geführt wurde.*

### 1. Kommunikation

Bärbel Groß ist in der Lage, verbal Informationen über sich und ihr Umfeld zu übermitteln. Sie kann über biografische Daten Auskunft geben.

Sie folgt Gesprächen aufmerksam, spricht aber meistens nur, wenn sie direkt angesprochen wird. Sie spricht in sehr einfachen Zwei- bis Drei-Wortsätzen, recht leise und häufig schwer zu verstehen. Auf Nachfrage hin, versucht sie einzelne Worte in der Wiederholung deutlicher auszusprechen.

### 2. Selbstfürsorge

Bärbel Groß ist körperlich mobil. Sie ist jedoch aufgrund ihrer Muskelerkrankung physisch nicht sehr belastbar. Beim Spaziergehen, vor allem bergauf, ermüdet sie schnell (nach ca. 500 Metern).

Sie besitzt keinen Rollstuhl, der ihren Aktionsradius vergrößern würde.

Bärbel Groß kann sich weitestgehend selbst versorgen. Sie ist in der Lage, eine Nacht allein zu Hause zu bleiben.

Sie isst und trinkt selbstständig. Sie sucht sich die Kleidung aus, die sie anziehen möchte. Bei der farblichen Auswahl der Kleidung benötigt sie noch Unterstützung. Sie zieht sich selbstständig an und aus. Sie trägt Schuhe mit Klettverschlüssen. Diese macht sie manchmal nicht fest genug zu.

Bei der Körperhygiene ist sie selbstständig (inklusive Zähneputzen). Sie duscht selbstständig. Bei der Maniküre ist sie auf Unterstützung angewiesen.

### 3. Fähigkeiten im täglichen Leben/Wohnen

Bärbel Groß' zeitliche und räumliche Orientierung ist gut. Sie liest die Uhr.

Hausarbeiten, wie Tischdecken, -abräumen, spülen und abtrocknen führt sie selbstständig aus. An der Hausreinigung und am Aufräumen beteiligt sie sich nach Aufforderung. Im Rahmen der Wäschepflege ist sie in der Lage, die Wäsche zusammen zu legen. Ansonsten benötigt sie in diesem Bereich umfassende Unterstützung.

Sie bereitet sich Frühstück und Abendbrot zu, hat bisher aber noch kein warmes Essen zubereitet.

Sie bedient den Fernsehapparat oder Geschirrspüler, ansonsten ist sie auf Unterstützung in der Bedienung von elektrischen Haushaltsgeräten angewiesen.

Sie ist in der Lage, kleinere Einkäufe zu erledigen. Sie kann selbst feststellen, welche Produkte im Haushalt fehlen und besorgt werden müssen. Im Umgang mit Geld benötigt sie Unterstützung.

Sie nimmt Telefongespräche an, hat jedoch Schwierigkeiten, den Inhalt korrekt wieder zu geben.

#### **4. Soziale Kompetenzen**

Bärbel Groß wird allgemein als schüchtern, aber kontaktfreudig und als sozial sehr gut integriert beschrieben. Die Gruppenleiterin der Werkstatt beschreibt sie als „immer freundlich“, aber auch gelegentlich als zu wenig initiativ. Sie brauche häufig Anregung, beteilige sich dann aber gern an angebotenen Aktivitäten. Sie freue sich zum Beispiel bei gemeinsamen Spielen für andere genauso wie für sich selbst.

Der Vater schätzt seine Tochter als zu gutgläubig und zu vertrauensselig ein, sie sei auf eine ehrliche Einstellung ihres Gegenübers angewiesen. Deshalb bestehe auch die Gefahr, dass sie ausgenutzt werden könnte.

#### **5. Selbstbestimmung**

Bärbel Groß ist in der Lage, Entscheidungen im alltagspraktischen Bereich (Kleidung, Essen, Freizeitangebote u.ä.) zu treffen.

Häufig antwortet sie mit „ja“, wenn man sie fragt, ob sie etwas möchte. Es scheint, als habe sie nicht allzu viel Erfahrung mit dem aktiven Treffen von Entscheidungen.

Sie ist in der Lage, um Unterstützung zu bitten, wenn beispielsweise etwas nicht funktioniert oder Informationen zu erfragen.

Sie achtet auf ihr persönliches Eigentum.

#### **6. Gesundheit und Sicherheit**

Bärbel Groß kann mitteilen, wenn sie sich krank fühlt. Während ärztlichen Untersuchungen ist sie immer auf Begleitung angewiesen.

Bei kleineren Verletzungen probiert sie, sich selbst zu versorgen, oder fordert Unterstützung an. Sie nimmt verordnete Medizin nach Dosierungsangabe selbstständig ein.

Sie ist verkehrssicher.

Beratende Unterstützung benötigt sie bei der Einschätzung ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit sowie bei der frühzeitigen Ankündigung hierüber gegenüber ihrer Begleitung. So kam es bei einem Spaziergang der WfbM dazu, dass sie nach 500 Metern nicht mehr weiterlaufen konnte, so dass sie mit einem Fahrzeug zurückgebracht werden musste.

#### **7. Lernfähigkeit, kognitiver Bereich**

Bärbel Groß kann lesen und schreiben. Sie liest Jugendbücher.

Beim Rechnen benötigt sie Unterstützung. In der Werkstatt zählt sie mit einer Zählhilfe (sie muss 50er Einheiten abzählen).

Sie nimmt unterschiedliche Informationen aus Presse und Fernsehen auf, interessiert sich für Nachrichten, Wetter und Sport, kennt viele Prominente mit Namen und weiß sie zuzuordnen.



## 8. Freizeit

Bärbel Groß liest und löst gern Rätsel, hört Musik und sieht gern fern zum Beispiel Sport, volkstümliche Sendungen, Fernsehserien und Nachrichten.

Sie nimmt am Freizeitangebot der Werkstatt wie Kinobesuchen und Freizeiten teil. An arbeitsbegleitenden Maßnahmen in der WfbM, die ihr Spaß machen, nennt Bärbel Groß „Ballspiele“ und „Malen“.

Manchmal geht sie mit ihrer Mutter in Langgöns spazieren.

Die Frage, ob sie gern eine Diskothek besuchen würde, verneint sie.

Außerhalb der Werkstatt findet die Freizeitgestaltung vor allem mit den Eltern oder zu Hause statt. Sie nimmt wenig Freizeitangebote mit Gleichaltrigen wahr.

## 9. Teilnahme am öffentlichen Leben/Benutzen von öffentlichem Service

Bärbel Groß kann selbstständig mit Bus und Bahn kurze und bekannte Strecken fahren.

Sie wird von einem Fahrdienst in die Werkstatt gebracht.

Beim Kleiderkauf sind die Eltern behilflich.

Sie benötigt immer Unterstützung bei Arztbesuchen, Bank- oder Postgeschäften.

## 10. Arbeit und Beschäftigung

Bärbel Groß wird in der WfbM als pflichtbewusst und zuverlässig beschrieben. Sie arbeite ordentlich und mache kaum Fehler. Ihr Regelbewusstsein sei gut. Sie arbeite langsam und lasse sich zeitlich nicht unter Druck setzen. Bei der Arbeit zeigten sich keine Leistungseinschränkungen, die durch die Muskelkrankheit bedingt wären.

Sie versteht Anweisungen, wenn ihr die Arbeitsschritte gezeigt werden, verbales Erklären genüge oft nicht. Sie ist in der Lage, eine vorgegebene Reihenfolge von Arbeitsabläufen einzuhalten.

Bärbel arbeite gerne und sei sehr motiviert. Wenn keine Arbeit da sei, fordert sie bei der Gruppenleitung neue Arbeit ein.

Nach Angabe der Gruppenleiterin reagiere Bärbel Groß manchmal sehr spät auf Anweisungen. Sie „träume“ viel vor sich hin oder mache Pausen. Häufig werde sie zur Weiterarbeit aufgefordert. Wenn die Gruppenleiterin dies nicht tue, fange sie irgendwann auch von allein wieder an zu arbeiten.

Im früheren Berufsschulunterricht habe sie ähnliches Verhalten gezeigt.

Eventuell könnte sie nach Ansicht der Gruppenleiterin auch schwierigere Arbeiten ausführen.

## VI EMPFEHLUNGEN

### 1. Empfehlungen allgemein

- \* Die Gruppenleiterin und den Sozialen Dienst der Werkstatt über Bärbel Groß' Muskelerkrankung aufklären.
- \* Längerfristig auf selbstständiges (betreutes) Wohnen hinarbeiten.

### 2. Medizinisch-therapeutische Empfehlungen

- \* Auf weitere Gewichtszunahme achten (geeignete kalorienarme Nahrung).
- \* Weiterhin die bereits angepassten Einlagen tragen und überprüfen lassen (propriozeptive Einlagen).
- \* Überprüfen des Hör- und des Sehvermögens.
- \* Eventuell logopädische Behandlung.
- \* Verordnung eines Rollstuhles durch den Hausarzt, damit eine bessere Mobilität erreicht wird (rasches Ermüden infolge der Muskelschwäche).
- \* Zusätzlich weiterhin die körperliche Kondition trainieren (Belastung möglich).

### 3. Empfehlungen zu den Lebensbereichen

#### a) Selbstständigkeit

Auswahl der Kleidung (Farbe, passend zu bestimmten Anlässen und Witterung)  
Zubereitung kleiner Mahlzeiten, kochen  
Geldumgang  
Telefonieren  
Wäschepflege

#### b) Soziale Kompetenzen

Sich gegen Übergriffe wehren – „Nein- sagen“ können  
Verstärken ihrer Bedürfnisse und Ermutigung, diese zu äußern  
Entscheidungen treffen lernen  
Anderen mitteilen können, wann sie sich körperlich überanstrengt fühlt (vielleicht im Rollenspiel).

#### c) Freizeit

Körperliche Betätigung  
Jugendgruppe, Verein, Familien Unterstützender Dienst (Ausflüge und Freizeiten?)

#### d) Teilnahme am öffentlichen Leben/Benutzen von öffentlichem Service

Öffentliche Verkehrsmittel auf unbekannten Strecken benutzen  
Bankkarte benutzen

Kleiderkauf, Schuhkauf

**e) Arbeit und Beschäftigung**

Schriftliches Auflisten von Arbeitsgängen in einfacher Sprache (zusätzlich zur mündlichen Anweisung), da es Bärbel Groß anscheinend leichter fällt, schriftliche Informationen umzusetzen. Bei verbalen Anweisungen dauert es oft länger, bis sie reagiert bzw. umgesetzt werden.

## VII VEREINBARUNGEN

Termin: ---.--.---- in Gießen, Grünberger Straße 222  
Anwesende: Bärbel Groß, Herr Groß und Frau Pahlich (Projektmitarbeiterin).  
Dauer: 60 Minuten

Frau Pahlich stellt kurz die wichtigsten Ergebnisse und Empfehlungen vor. Es wurden folgende Vereinbarungen hinsichtlich der oben genannten Empfehlungen getroffen:

- Herr Groß wird die Gruppenleiterin und den Sozialdienst der WfbM über die Muskelerkrankung seiner Tochter informieren.
- Zu Hause wird auf weitere Gewichtskontrolle geachtet.
- Bärbel Groß trägt die orthopädischen Einlagen regelmäßig seit Januar 2004. Herr Groß und Bärbel Groß machen deutlich, dass sie seitdem schon besser laufen könne.
- Herr Groß wird das Seh- und Hörvermögen seiner Tochter fachärztlich überprüfen lassen.
- Herr Groß probierte bereits, über den Hausarzt einen Rollstuhl zu beantragen. Dies lehnte der Hausarzt ab. Wie Herr Groß berichtet, würde sich seine Tochter dann nach Meinung des Hausarztes körperlich zu wenig betätigen. Herr Groß wird trotzdem noch einmal den Hausarzt um ein Rezept für einen Rollstuhl bitten unter Berufung auf Herrn Prof. Dr. Neuhäusers Empfehlung. Sollte dieser Versuch ebenfalls scheitern, wendet sich Herr Groß wieder an uns.
- Über das Thema „körperliche Betätigung“ äußert sich Bärbel Groß im allgemeinen nicht begeistert. Es wurde keine Vereinbarung getroffen. Es wurde ihr noch einmal die Notwendigkeit des Trainierens der körperlichen Kondition deutlich gemacht vor allem, wenn sie wirklich einen Rollstuhl bekäme.
- Betreffend der Lebensbereiche wurde eine Liste mit den wichtigsten Themen erstellt, an denen Bärbel Groß zukünftig arbeiten möchte:

KLEIDUNG – aussuchen und kaufen  
GELDUMGANG  
TELEFONIEREN  
KOCHEN  
WÄSCHE  
NEIN-SAGEN  
BUS/ZUG fahren  
(EINKAUFEN)  
BANKGESCHÄFTE erledigen  
CVJM/VEREIN/JUGENDGRUPPE

Da es Bärbel Groß schwer fiel, sich für ein Thema zu entscheiden, mit dem sie innerhalb des Projekts beginnen möchte, wurde ihr diese Liste mit nach Hause gegeben, um sich in Ruhe entscheiden zu können.

Es wird angekündigt, dass in den nächsten Tagen eine Studentin des Projekts telefonisch Kontakt mit Bärbel Groß aufnehmen wird, um einen ersten Termin zu vereinbaren. Bärbel Groß ist wochentags ab 16.30 Uhr zu Hause erreichbar, montags etwas später.

In vier bis sechs Wochen wird zum ersten gemeinsamen Austausch ein Treffen mit der Studentin stattfinden.

Anmerkung: Herr Groß teilte telefonisch mit, dass sich seine Tochter für die Themen „Telefonieren“ und „Wäsche“ entschieden hat. Eine Studentin des Projekts hat bereits Kontakt mit Bärbel Groß aufgenommen.

### ***Unterschriften***

Prof. Dr. G. D. Neuhäuser

-----

Dipl. Päd. R. Eccher

-----

Dipl. Psych. A. Pahlich

-----

Dipl. Päd. Th. Bauer

-----

Dipl. Päd. K. Gattermann

-----

Gießen, --.---.----